المشكلات النفسية ومرض السكر لذوي الإعاقة البصرية

إعداد
محمد عاطف الجمال
ماجستير صحة نفسية

... في هذا الكتاب ...

تزايدت الاهتمامات بذوي الاحتياجات الخاصة في العقدين الأخيرين عنه في الماضي في كل دول العالم الغنية، والنامية على حد سواء، وظهر هذا الاهتمام في مجال التشخيص ، ولقد اتسع تعريف ذوي الاحتياجات الخاصة لتشمل فئات كثيرة تحتاج الى وسائل مساعدة في التعلم والتواصل مع الآخرين في المجتمع بطرق سوية ، ومرغوبة .ويتم ذلك بتقديم العون ،و المساعدة ، والرعاية النفسية ، والتربوية التي تقوم على دراسة خصائصهم ، واهتماماتهم ومن الاتجاهات الحديثة أيضا .الاهتمام بالجوانب الإيجابية في شخصية هذه الفئات بدلا من التركيز علي الجوانب السلبية ومظاهر العجز.

تعتبر حاسة البصر دورًا مهمًا في حياة الإنسان، وبالتالي فإن فقدان هذه الحاسة يحدث آثارًا مباشرة وغير مباشرة على شخصية الكفيف، والتي تميزه ببعض الخصائص والسمات كبعض الخصائص الحركية واللغوية والأكاديمية والاجتماعية والانفعالية التي قد تجعله شخصًا غير سويًا، أو قد تدفعه إلى الصدارة والطموح لتعويض ما أحدثته الإعاقة من آثار، ومن هنا يتضح أهمية الدور الذي تقوم به حاسة البصر.

حيث يحصل الإنسان من خلال الجهاز البصري وفي فترة زمنية قصيرة على معلومات أكثر من تلك التي يحصل عليها من أي جهاز حسي آخر، وغالبًا ما يسمى البصر بالقناة الحسية التي توصل الإنسان إلى ما هو أبعد من حدود جسمه، والتعلم العرضي الذي يحدث عن طريق النظر أكثر من التعلم العرضي الذي يحدث عن طريق حاسة أخرى، حيث يشار إلى أن حوالي (٩٠%) مما يتعلمه الإنسان المبصر يحدث من خلال حاسة البصر .

يعد مرض السكري من الأمراض المزمنة التي تصيب الإنسان وهو داء منتشر في كل أنحاء العالم، وهو ليس مرضًا عرضيًا أو مرضًا محدد الأسباب والاتجاهات والعلاج، وإنما هو مرض متشعب ويصعب تحديد معالمه.

يُعد داء السكري مرضًا مزمنا شديد الانتشار في كل أنحاء العالم بحيث أصبح ظاهرة وبائية (مؤتمر الاتحاد الإفريقي لوزراء الصحة، ٢٠١٣، ١). ففي عام (٢٠١١) بلغ عدد مرضى السكري (٣٦٦) مليونًا، كما أن هناك أيضًا (٢٨٠) مليون شخص معرضون بشدة للإصابة بالمرض، وفي حال عدم القيام بأي شيء إزاء ذلك سيرتفع الرقمان السابقان في غضون السنوات العشرين القادمة إلى (٥٢٢) مليونًا، و (٣٩٨) مليونًا معرضون بشدة للإصابة بنوعي السكري على التوالي.

والضــغوط النفســية ناتجة من الإعاقة لذلك يكون لديهم ميلا للعزلة، وعدم القدرة علي الاتصال بالعاديين، كما توجد لديه العديد من المخاوف، والانخفاض في مستوي الطموح والشعور بالقلق والحزن.

ومن هنا يتضـح أن المراهقين المعاقين بصـرياً تكون لديهم تغيرات فسيولوجية وانفعالية بالإضافة إلى وجود تغيرات تحدث في المراهقة نتيجة الضغوط النفسية.

الفهرس

الفصل الأول

الضغوط النفسية

١ – تعريف الضغوط النفسيه وأنواعها ومصادرها.

٢ – أعراض الضغوط النفسيه.

٣ – النماذج والنظريات المفسره للضغوط النفسيه.

٤ – الأساليب التي يمكن من خلالها التحكم في الضغوط النفسيه.

٥– الدراسات السابقه للضغوط النفسيه.

الفصل الأول

تعريـف الضغـوط النفسيـة

تعريف الضغوط النفسيه:

تَعددت وتنوعت الدراسات التى تناولت تاريخ ومعنى مفهوم الضغوط النفسيه فى أدبيات علم النفس ومجالى الصحه النفسيه والبدنيه بصفه خاصه ، وحتى نحدد ماذا نعنى أو نقصد حين نتحدث عن الضغوط " stress " لابد من البحث عن تعريف واضح له ، وبالبحث عن مفهوم الضغط فى التراث النفسى المتراكم لا نجد له تعريفاً محدداً ومتفق عليه بين العاملين ، ولكن تعددت وتنوعت التعريفات الخاصه بالضغوط النفسيه .

وتعرف الضغوط النفسيه بأنهاحاله من التوتر الإنفعالى تنشأ من الأحداث والمواقف التى تحدث صدفه فى حياة الفرد والتى تتطلب نوعاً من إعادة التوافق عند الفرد وما ينتج عن ذلك من آثار جسميه ونفسيه (عمرأحمد النعاس ، ٢٠٠٨) .

وتعرف زينب محمود شقير (٢٠٠٥) الضغوط النفسيه بأنها مجموعه من المصادر الخارجيه والداخليه الضاغطه والتى يتعرض لها الفرد فى حياته وينتج عنها ضعف قدرته على إحداث الإستجابه المناسبه للموقف وما يصاحبه ذلك من إضطرابات إنفعاليه وفسيولوجيه تؤثر على جوانب الشخصيه الأخرى لدى الفرد .

تعريف "لازاروس" "الضغط " هو نتيجه لعمليه تقيميه يقيم بها الفرد مصادره الذاتيه ليرى مدى كفائتها لتلبية متطلبات البيئه ، أى مدى الملائمه بين متطلبات الفرد الداخليه والبيئه الخارجيه

(أحمد نايل الغرير، أحمد عبداللطيف أبوسعد ، ٢٠٠٩ : ص ٢٤) .

وتُعرف الضغوط بأنها إستجابة يقوم بها الكائن الحى نتيجة لموقف يضعف من تقدير الفرد لذاته أو مشكله ليس لها حل تسبب له إحباطاً وتعوق إتزانه أو موقف يثير أفكاراً عن العجز واليأس والإكتئاب (محمود عطيه ، ٢٠١٠ : ص ٤٧ – ٤٨) .

وتعرف الضغوط النفسيه بأنها حاله من عدم قدرة الفرد على التوافق مع التهديد المدرك ، سواء كان حقيقياً أم متخيلاً للصحة النفسية والجسدية والإنفعالية والروحية ، والتى تُنتج سلسلة من الإستجابات الفسيولوجيه (Alzaeem et al , 2010 : p243) .

كما تُعرف الضغوط النفسيه psychological well Being بأنها رد فعل ناتج عن تعرض الفرد لمجموعه من المتطلبات الداخليه أو الخارجيه التى تفوق قدراته وإمكاناته وقد يأخد رد الفعل المظهر الفسيولوجى الإنفعالى العقلى (أحمد محمد جاد الرب ، ٢٠١٠ : ص ٥٣٤).

كما يرى البعض أن مفهوم الضغط . يشير فى أبسط معانيه إلى أى تغير داخلى أوخارجى يطرأ على حياة الإنسان ، وبعبارة أخرى تمثل الأحداث الخارجيه بما فيها ظروف العمل أو المشاحنات مع الزملاء والصراعات الأسريه ، وتوتر العلاقات الإجتماعيه ضغوطاً . ومثلها فى ذلك مثل الأحداث الداخليه أوالتغيرات العضويه كالإصابه بالمرض أو الأرق أوالإجهاد أوالتغيرات الهرمونيه الدوريه أوالنشاط العقلى أوالجسمى الزائد (محمودعطيه ، ٢٠١٠ : ص ٥٤) .

وعُرفت الضغوط على أنها أية مثيرات أو تغيرات فى البيئة الداخلية أو الخارجية بهذه الدرجه من الشده والدوام بما يثقل القدره التكيفيه للكائن الحى إلى حده الأقصى ، والتى فى ظروف معينه يمكن أن يؤدى إلى إختلال السلوك أو عدم التوافق الذى يؤدى إلى المرض ن وبقد إستمرار الضغوط بقدرما يتبعها من إستجابات نفسيه وجسميه غير صحيه (مفتاح محمد عبدالعزيز، ٢٠١٠ : ص ٩٠).

والضغوط هى حالة من الإجهاد الجسمى أوالعقلى التى تحدث تغيرات سريعه فى الجهازالعصبى المستقل ، والتى تضع الفرد بظروف تحاول إجباره على التصرف بشكل يرضاه أولا يرضاه ، ويكون الضغط صادراً من داخل الفرد أومن البيئه الخارجيه (تنهيد البيرقدار، ٢٠١١ : ص ٣٣).

وهُناك ثلاث وجهات للنظرإلى الضغوط ، (أولها): يعرف الضغوط بوصفها منبهاً يصف موقف تهديد ، ولا سيما المنبهات البيئيه ، كقول شخص ما إننى أعمل فى وظيفه مرهقه تتضمن ضغوطاً شديده ، (ووجهة النظر الثانيه) تنظر إلى الضغوط على أنها إستجابه لموقف ، تركز على ردود أفعال الأشخاص للضغوط ، للإشاره إلى حالة التوتر لديهم ، كأن يقول شخص " أشعر بتوتر شديد عندما يُطلب منى إلقاء حديث أمام جمهور"

(وتصف وجهة النظر الثالثه) والأخيره الضغوط بوصفها عمليه تنتج عن التفاعل بين المنبهات البيئيه وخصائص الفرد ، وتوجد فروق فرديه فى الإستجابه للضغوط ، ويختلف الأفراد فى مقدار الإجهاد أو الضيق الذى يشعرون به ، نتيجة للضغوط نفسها

(أحمد محمد عبدالخالق ، ٢٠١٦ : ص ٢٠ – ٢١).

ويعرفها الباحث إجرائياً : هى تلك الحالة التى يكون فيها الفرد عاجزعن القيام بمهام حياته اليومية ويتصف فيها بالتوتر وعدم القدرة على الملائمه بين متطلبات الفرد الداخلية وبين البيئة التى يعيش فيها ، وتحدث تلك الضغوط إما عن طريق البيئة التى يعيش فيها الإنسان وإما عن طريق شئ خاص بالشخص نفسة أو عمل معين.

أنــواع الـضـغـوط :

ذكرأورينلاس وكلاينر (kleiner & ornelas , 2005) نوعين من الضغوط هما :

١ – ضغوط حاده ومباشره والتى تتكون نتيجة لحدث ضاغط يحدث لمره واحده وغالباً ما يأتى وينتهى بسرعه مثل التعرض لمواجهه حاده مع شخص ما أو التعرض لحادث سياره عنيف.

٢ – ضغوط مزمنه والتى تتكون نتيجة سلسلة مستمرة من أحداث ضاغطة مثل الشعور بالوحدة والمرض وإنجاز المهام الصعبه.

ويقسمها (محمود عطيه ، ٢٠١٠ ، ص٤٩) إلى ما يلى :

١ – أحداث رئيسيه جسميه (كفقد شخص عزيز ، الطلاق ، إنفصال الوالدين) .

٢ – أحداث أقل ضغطاً (كالضغوط الإقتصاديه) المضايقات الماليه ، فقدان الوظيفه ، الفشل فى العمل.

٣ – منغصات ومضايقات يوميه (مشكلات الأبناء – الإضطرابات الصحيه) . وتعرف الضغوط بأنها المثيرات والمتطلبات الخارجيه أو النزاعات والرغبات والأفكار الداخليه التى تتطلب منا التكيف.

كما يقسمها(مصطفى عبدالمحسن وآخرون ، ٢٠١٣ : ص٩٢) إلى :

١ – (ضغوط ذاتيه) تكون تلك الضغوط مؤثره على الشخص نفسه بصفه معينه ، نظراً لما يعانيه مثل النزاع المستمر والصراع الدائم بين الفرد وزملائه .

٢ – (ضغوط طويلة المدى) وتحدث عندما تتجمع وتتراكم على مدى الأيام ، مثل الشخصيه الطموحه التى تنقصها القدره على تحقيق رغباتها .

٣ – (ضغوط جسميه) هى تلك الضغوط التى تتعلق بالأمراض الشديده ، وغيرها من العوامل التى تقلل من قدرة الفرد على التكيف وتسرع فى إنهياره تحت وطأة الضغوط المحيطه .

٤ – (الضغوط الاقتصاديه) يقصد بها التباين بين المتطلبات التى ينبغى أن يؤديها الفرد وقدرته على الإستجابه لها ، كما أنها تعنى الشعور بالوطأه والعبىء وعدم الرضا الناتج عن عدم التوافق مع الأوضاع الإقتصاديه مثل البطاله .

٥ – (الضغوط الإجتماعيه) هى تلك الضغوط الناتجه عن وجود موضوعات بيئيه تمنع الفرد من تحقيق أهدافه ، وهى تلك التى تفوق وتتجاوز قدرة الشخص ومن الصعب أن يواجهها ويتحملها.

وتبين للباحث أنه يمكن تحديد كثيرمن الضغوط التى تواجه الشباب مرضى السكر فيما يلى :

١ – ضغوط العمل أو عدم الحصول على عمل يناسب كل فرد منهم .

٢ – عدم دعم تلك الفئه من قبل وزارة الصحه بالأنسولين الذى يحتاجونه وعدم توفيره .

٣ – الضغوط الإقتصاديه لدى بعض من هؤلاء المرضى والذى يواجهونها فى غلاء سعر الأنسولين الذى يحتاجونه .

٤ – ضغوط إجتماعيه تطرأعن طريق المرض وما يحدثه على من يصاب به وما قد يفرضه المرض على البعد عن اللقاءات والمناسبات .

٥ – ضغوط وصعوبة عدم التأقلم مع الحياه المعيشيه .

مصادرالضغوط النفسية :

يُعرف عادل الأشول (١٩٩٣) مصادرالضغوط بأنها " عباره عن مثير له إمكانيه محتمله فى أن يولد إستجابة المواجهه أوالهروب منها "

ويشير إلى أهم مصدرمن مصادرالضغوط النفسيه وهى المواقف الإجتماعيه التى تؤدى إلى الإحباط أوالتهديد بإحداث الإحباط لمجموعه من الأفراد ، وقد تؤثر شدة ومدة الضغوط النفسيه على إستقرار وتوازن العلاقات والإتصال بين الناس فى المجموعه الواحده ، وما يترتب على ذلك من إضطراب فى صحتهم الجسديه (عادل عزالدين الأشول ، ١٩٩٣ : ص ١٥).

ويعرض (أحمد محمد عبدالخالق ،٢٠١٠: ص١٤٦- ١٤٩) فيما يلى :

١ – الأحداث الإيجابيه والسلبيه : حيث تسبب الأحداث السلبيه الضغوط أكثر من الأحداث الإيجابيه ومن أمثلة الأحداث السلبيه الطلاق ، وفقدالعمل ، والبطاله ، ومن أمثلة الأحداث الإيجابيه التخطيط لعمل حفله ، والتسوق بمناسبة العيد والإقبال على الزواج ، والأحداث السلبيه ترتبط إرتباطاً وثيقاً بالمعاناه النفسيه والأعراض الجسميه ، وتتطلب كل الأحداث الإيجابيه والسلبيه التوافق لها ، وبذل كثيرمن الوقت والجهد.

٢ – الأحداث الخارجه عن السيطره : تمثل تلك الأحداث أوالتى يصعب التنبؤبها ، مصدر ضغط أكبرمن الأحداث التى يمكن السيطره عليها أوالتنبؤبها ، وإن إعتقاد الفرد بأنه قادر على التحكم فى المنبه المسبب للضغط ينقص من إدراكه للضغط.

٣ – المنغصات اليوميه : هى جزء من الحياه اليوميه ، كفقد محفظة النقود أونسيان المكان التى وضعت فيه مفاتيح المنزل ، أو فوات القطار، وتحدث هذه الأحداث طوال الوقت ، ومن ثم فإنها أكثر المصادر للضغوط.

٤ – الضغوط البيئيه : وتشمل الإزدحام والضوضاء والتلوث ، والخوف من الجريمه والإغتراب الشخصى ، كل تلك الأشياء تعد من خواص الحياه المدنيه وتسمى " المِضْغط أوالمعصره المدنيه " وتعد مصدراً رئيسياً من مصادر الضغوط.

٥ – ضغوط العمل : ومن أهم ضغوط العمل الحمل أوالعبء الزائد ، وهوالعمل مده طويله وبذل جهد كبيرمع تعدد المهام ، والراحه غير الكافيه ويرتبط ذلك بالعواقب الصحيه السيئه وبطيء الترقى فى الوظائف .

٦ – ويمكن أن تصدر الضغوط من داخل الفرد نفسه ، كالمرض الذى يولد مطالب جسميه فسيولوجيه على الشخص.

ومركل إنسان بخبرة الضغوط ، فلم يهرب منه أى شخص ، فجميع الرضع والأطفال والراشدين والمسنين يواجهون الضغوط ، وقد تتغير مصادر الضغوط تبعاً لمرحلة العمرالتى يمربها الفرد ، ولكن حالة الضغط يمكن أن تحدث فى أى وقت طوال الحياه ، إلا أن ما تعده ضغطاً قد لا يعده الأخرون كذلك ، فبعض أوقات الفراغ التى يعدها بعض الناس ساره وتخفف من التوتر ، قد يعدها أخرون ضاغطه ، وقد ركزت البحوث على مصادر الضغوط الأتيه : الأحداث المهمه فى الحياه والمنغصات اليوميه ، والعوامل البيئيه ، والكوارث ، والعمل ، والعوامل الإجتماعيه الثقافيه ، مع ملاحظة أن الحدث نفسه لا يسبب الضغط ، بل إن تقييمنا لهذا الحدث هو الذى يؤدى بنا إلى أن نشعر بالضغط (straub , 2012 , p . 115) .

وتبين للباحث أن من أهم مصادرالضغوط على الشباب مرضى السكرمثلا الخوف من المستقبل وما يحمله من تهديد واضح لهولاء الشباب وما قد يواجهونه فى مستقبلهم ، كذلك ما يواجهونه فى الإحتياج لبعض أنواع العلاج الذى قد لا يجدونه فى بعض الأوقات ، كذلك ما يواجهونه فى القلق من البطاله والإحباط وفقدان العمل والقلق فى تكوين أسره ، ومن مصادر الضغوط لدى مريض السكرإستخدامه للأنسولين بشكل يومى ، إختلافه عن الأفراد العاديين فى عدم تناوله لبعض الأطعمه والإختلاف عن هولاء الأفراد العاديين.

فيما يلى تصنيف لأعراض الضغوط المختلفه :

يشير(على عسكر ،٢٠٠٠: ص٤٣-٤٤) إلى أن أهم أعراض الضغوط تتمثل فى :

أ – الأعراض الجسديه physical symptoms:

وتتمثل فى (العرق الزائد ، التوتر ، الصداع بأنواعه ، ألم فى العضلات وبخاصة فى الرقبه والأكتاف ، طفح جلدى ، عسر الهضم ، التغيرفى الشهيه).

ب – الأعراض الإنفعاليه Emotional symptoms:

وتشمل (سرعة الإنفعال ، تقلب المزاج ، العصبيه ، سرعة الغضب ، العدوانيه ، الإكتئاب).

ج – الأعراض الفكريه والذهنيه intellectual symptoms:

وتشمل (النسيان ، عدم التركيز ، الصعوبه فى إتخاذ القرارات ، الإضطراب فى التفكير، ذاكره ضعيفه وصعوبة فى إسترجاع الأحداث ، وإستحواذ فكره واحده على الفرد ، إنخفاض فى الإنتاجيه تزايد عدد الأخطاء ، إصدار بعض الأحكام الغير صائبه).

د – الأعراض الخاصه بالعلاقات الشخصيه interpersonal symptoms:

وتتمثل فى عدم الثقه غير المبرره بالأخرين ، وعدم قبول المساعده ، صعوبة العطاء ، الشعور بالضيق والألم.

أما (أحمد محمد عبدالخالق ، ٢٠١٦ : ص٢٣٣- ٢٣٦) يصنف الأعراض المرتبطه بالضغوط إلى:

١ – تتنبأ الضغوط المزمنه بإرتفاع ضغط الدم ، ويمكن أن تؤدى ضغوط العمل والضغوط الإجتماعيه إلى مشكلات فى القلب والأوعيه الدمويه.

٢ – تشير البحوث إلى أن الضغوط إما أنها عامل لحدوث نوبات القلب وسكتاته وإما أنها سبب فى نشأة أمراض القلب.

٣ – يمكن أن تسهم الضغوط بشكل مباشر فى ظهور مرض السكرمن النوع الأول بإضعاف جهاز المناعه وفى النوع الثانى من السكر تسهم الضغوط عن طريق تأثيرها فى هرمون السيتوكاينز الذى يبدأ عملية الإلتهاب.

٤ – الأشخاص الذين يقعون تحت وطأة الضغوط يكونون أكثر عُرضة للإصابه بالعدوى الفيروسيه كالبرد والإنفلونزا.

٥ – يُعتقد أن إلتهاب المفاصل الروماتيزمى ، إضطراب فى المناعه الذاتيه إذ يهاجم جهاز المناعه الشخص نفسه ، وقد أعتقد أن الضغوط عامل فى نشأة أمراض المناعه الذاتيه وتطورها.

٦ – يُمثل جهاز المناعه الخطوه الأولى فى إلتئام الجروح ، وتؤثر الضغوط تأثيراً سلبياً فى جهاز المناعه ، وتبطىء الضغوط من إلتئام الجروح.

٧ – الضغوط يمكن أن تجعل المزاج سيئاً وهناك علاقه بين سوء المزاج والتغيرات فى وظائف المناعه وبين الضغوط وأعراض الإكتئاب (أحمد محمد عبدالخالق ، ٢٠١٦ : ص٢٣٣– ٢٣٦).

بعض النماذج والنظريات المفسره للضغوط النفسيه :

١ – نموذج " كوبر:

يوضح كوبرأسباب وتأثيرالضغوط النفسيه على الفرد ، ويذكر"كوبر" أن بيئة الفرد تعتبرمصدراً للضغوط مما يؤدى إلى وجود تهديد لحاجه من حاجات الفرد أويشكل خطريهدد الفرد وأهدافه فى الحياه فيشعر بحالة الضغط ، ويحاول إستخدام بعض الإستراتيجيات للتوافق مع الموقف ، وإذا لم ينجح فى التغلب على المشكلات وإستمرت الضغوط النفسيه لفترات طويله فإنها تؤدى إلى زيادة القلق والإكتئاب وإنخفاض تقدير الذات ، ويهتم كوبرفى نموذجه بشكل أساسى بالبيئه التى يعيش فيها الفرد ، ويعتبرها المصدر الرئيسى للضغوط الواقعه عليه ، والبيئه فى نموذج كوبر تعتبر مهدده لحاجته ولابد من التعامل المباشر معها بالإستراتيجيات التى يواجه بها الضغوط حتى لا يفقد توازنه.

٢ – نظرية " سبيلبيرجر " spielberger:

تعتبرنظرية سبيلبيرجر فى القلق مقدمه لفهم الضغوط عنده ، فقد أقام نظريته فى القلق على أساس التمييزبين القلق كسمه Trait Anxiety والقلق كحاله state Anxiety ، ويربط سبيلبيرجر بين الضغط وقلق الحاله ، وتعتبرمن سمات الشخص القلق أصلاً ، وفى هذا الإطار المرجعى للنظريه اهتم سبيلبيرجر بتحديد طبيعة الظروف البيئيه المحيطه والتى تكون ضاغطه ويميز بين حالات القلق الناتجه عنها ، ويفسر العلاقات بينها وبين ميكانزمات الدفاع التى تساعد على تجنب تلك النواحى الضاغطه (كبت – إنكار– إسقاط) وتستدعى سلوك التجنب

ويميز (سبيلبيرجر) بين مفهوم الضغط ومفهوم القلق ، فالقلق عمليه إنفعاليه تشير إلى تتابع الإستجابات المعرفيه السلوكيه التى تحدث كرد فعل لشكل ما من الضغوط فى الظروف والأحوال البيئيه التى تتسم بدرجة ما من الخطرالموضوعى ، أما كلمة تهديد فتشير إلى التقدير والتفسير الذاتى لموقف خاص على أنه حطير ومخيف (محمود عطيه ، ٢٠١٠ : ص ٦٩) .

٣ – نموذج " هانزسيلى:

بدأ سيلى بحوثه فى ثلاثينيات القرن العشرين ، وإستمرت بحوثه حتى وفاته عام ١٩٨٢ ، وقد اسهم "سيلى" فى نشر مفهوم الضغوط ، وبحث تأثيرالضغوط فى الإستجابات الفسيولوجيه ، مؤكداً العلاقه بين الضغوط والأمراض الجسميه ، وكان أول تصور وضعه "سيلى" لمفهوم الضغوط هو أنه منبه stimulus ، وركز على الظروف البيئيه التى تسبب الضغوط ، وفى خمسينيات القرن الماضى تحول تركيزه على الضغوط بوصفها إستجابه Response يقوم بها الكائن العضوى ، ونظر "سيلى" إلى مفهوم الضغوط بوصفه إستجابه غيرمحدده ، مؤكداً أن الضغوط إستجابه جسميه عامه تسببها مجموعه من الضواغط البيئيه ، وقد أعتقد أن هناك مجموعه كبيره من المواقف المختلفه التى يمكن أن تثير إستجابة الضغوط (Brannon & feist , 2010 , p . 102) .

٤ – نموذج "تايلور" الرعايه والمناصره:

طورت "شيلى تايلور " نموذجاً عن الإستجابات الصادره فى مواجهة الضغوط ، أطلقت عليها " الرعايه والمناصره " ويعتمد هذا النموذج ، على إستجابات الإجتماع بالأخرين التى يلجأ إليها الأفراد عند تعرضهم للضغط ، ويوضح هذا النموذج أن ظهورالتعاطف الطبيعى قد ينتظم داخلياً عند الإناث بطريقه تقودهم إلى القيام بسلوك يتخذ طابع تقديم الرعايه ، وأن الإستجابات التى تظهرفى أوقات الضغوط عند الإناث لا تهدف إلى حماية الذات فقط بل لحماية النسل أيضاً وإن نموذج " الرعايه والمناصره " يفترض أن المناصره تتطلب التجمع مع الأخرين ، والتواصل الإجتماعى عند التعرض للضغط ، ومن مزايا نموذج " الرعايه والمناصره " أنه أدخل السلوك الإجتماعى ضمن العمليات المصاحبه لحدوث الضغوط (شيلى تايلور، ٢٠٠٨ : ص ص ٣٤٨ – ٣٤٨) .

٥ – نظرية موراى:

ينفرد موراى فى نظريته بعمق الفهم للديناميات التى تحدث داخل الكائن البشـــرى من أجل لحظة التكيف وإحداث التوازن النفسى للفرد ، ويربط موراى فى نظريته تلك بين الحاجه والضغوط ويعتبرهما مفهومان مركزيان ومتكافأن فى تفسيرالسلوكالإنسانى ويعد الفصل بينهما خطأً ، ويلتقى كل من الضـــغط والحاجه فى حواردينامى والذى يعنى به " موراى " وحده ســـلوكيه كليه تفاعليه تتضمن الموقف الحافز" الضغط " والحاجه ، ويميز" موراى " بين نوعين من الضغوط هما :

أ – ضغط بيتا Beta press : وهى دلالات الموضوعات البيئيه كما يدركها الأفراد .

ب – ضغط ألفا Alpha press : وهى خصائص الموضوعات البيئيه كما توجد فى الواقع . وطبقاً لوجهة نظر" موراى " يصعب دراسة الضغوط منفصله عن الحاجات (هارون توفيق الرشيدى ، ١٩٩٩ : ص٥٥ – ٦٥) . ومن النماذج التى تبنت تلك الدراسة هو نموذج "كوبر"

هناك بعض الأساليب التى يمكن من خلالها التحكم فى الضغوط النفسيه وهى ما يلى :

حيث قام بعرضها (سيد محمد صبحى ، ٢٠٠٧ : ص ٨٦ – ٩٦) فيما يلى :

١ – من خلال التحكم فى الإنفعالات :

ويؤكد هنا على ضرورة التعامل المعقول مع إنفعالاتنا لأنها هى المدخل الرئيسى لإحداث المشكلات إذا لم نوظفها التوظيف الواعى ، ومن الممكن أن تكون بدايه جديده للتصرف الذى يغلب عليه الإنجاز والسعى لتحقيق الهدف ، وقد تدفع على المروءه وعظيم الأعمال .

٢ – من خلال البعد الدينى (القيمى) :

حيث يرى الإنسان برؤيه شموليه تعيد إليه التوازن ، ينبغى أن ينظرإليه بوصفه (روح وعقل وإنفعال وجسم) ، وفى التعامل مع الضغوط النفسيه يكون البعد الروحى دائماً هو أهم العوامل التى تساعدنا على تقبل الإحباطات التى يمكن أن تواجهنا فى الحياه التى نعيش بين جوانبها ، وإن البعد الدينى يخضع لمجموعة من العوامل أهمها التأمل والتسامح وإدراك معنى الحياه وصورة الإقبال عليها.

٣ – من خلال توظيف العقل :

حيث أن توظيف العقل بطريقه سليمه تجعلنا نقترب من المشكله المسببه للضغوط النفسيه ونتعامل معها

٤ – الإهتمام بصحة البدن :

علينا الحرص على البدن حتى لا يعتل ويمرض ويمثل ضغطاً نفسياً وعصبياً وعلينا أن نحترم البدن تجنباً للضغوط النفسيه .

الدراسات السابقه :

دراسة رانيا الصاوى عبده عبدالقوى (٢٠١٣):

هدفت الدراسه لبناء برنامج إرشادى جمعى لخفض الضغوط النفسيه والأفكاراللاعقلانيه وتحسين مستوى الرضا عن الحياه لطالبات جامعة تبوك إستناداً على فنيات العلاج العقلانى الإنفعالى ، وبلغت عينة الدراسه (٣٠) طالبه من جامعة تبوك قسمت إلي مجموعتين تجريبيه وضابطه تراوحت أعمارهم بين (١٨ – ٢١) سنه وتوصلت النتائج إلي فاعلية البرنامج الإرشادي الذي إعتمد علي فنيات العلاج العقلاني الإنفعالي في خفض الضغوط النفسيه والأفكار اللاعقلانيه

وتناولت دراسة (Gangi et al, 2014):

بعنوان الصلابه النفسيه وعلاقتها بإستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسيه لدى المصابين بمرضى السكرى وغير المصابين ، وهى دراسه مقارنه أجريت على (٢٠٠) فرداً من المصابين بمرض السكرى ، و(١٠٠) من غير المصابين وذلك بإستخدام المنهج الوصفى وإستبيان إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسيه (lazarus , 1980) وإستبيان الصلابه النفسيه (kiamarsi , 1999) وتوصلت نتائج الدراسه إلى وجود علاقه إرتباطيه داله بين الصلابه النفسيه وإستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى عينة الدراسه ، كما أن غير المصابين بمرض السكرى كانوا أكثر صلابة نفسيه من المصابين ، وكان الذكورأكثر صلابة من الإناث .

دراسة (kamody , Rebecca et al , 2014):

بعنوان تقييم ثبات قياس مرض السكرمن خلال الإستبيان الخاص بالضغوط والإجهاد لدى الشباب مرضى السكرمن النوع الأول (type1) ، وهدفت الدراسه إلى تقييم بنية عامل وثبات قياس الإجهاد والضغوط لدى الشباب مرضى السكرمن خلال الإستبيان الخاص به (DsQ) ومراقبة نسبة السكرالأمثل فى الدم ، وتكونت عينة الدراسه من (٣١٨) من الشباب مرضى السكر، وتوصلت نتائج الدراسه إلى أنه تم العثورعلى هيكل عامل (DsQ) أن يكون حلاً ملائماً للعينه التى كانت ثابته عبرالجنس والعمر ومراقبة نسبة السكرفى الدم ، كذلك توصلت الدراسه إلى وجود فروق فى الضغوط المتعلقه بالسكرفيما يتعلق بالجنس والعمروالسيطره على نسبة السكرفى الدم ، ومن خلال إستبيان (DsQ) توصلت إلى تقييم الأدله التى تؤكد على أن الإجهاد يؤثرعلى مرضى السكرمن الشباب .

دراسة داليا سامى إسماعيل (٢٠١٤):

هدفت الدراسه إلى التعرف على طبيعة العلاقه الإرتباطيه بين كل من الضغوط النفسيه وأساليب مواجهتها وبين المسؤليه الإجتماعيه وجودة الحياه والتحصيل الدراسى . وتكونت عينة الدراسه من (١٠٥) من طلاب وطالبات الفرقه الرابعه كلية التربيه .جامعه كفر الشيخ (٤٩ طالبا ، ٥٦ طالبه) وإستخدمت الدراسه مقياس الضغوط النفسيه ومقياس أساليب مواجهة أحداث الحياه اليوميه الضاغطه ، ومقياس المسؤليه الإجتماعيه ومقياس جودة الحياه لدى طلاب الجامعه ، ودرجات التحصيل الدراسى للطلاب فى العام الجامعى (٢٠١٣/٢٠١٤) أظهرت نتائج الدراسه عن وجود علاقه ذات دلاله إحصائيه بين الضغوط النفسيه وكل من المسئوليه الإجتماعيه وجودة الحياه والتحصيل الدراسى لدى طلاب الجامعه ، كما أظهرت النتائج عن وجود علاقه ذات دلاله إحصائيه بين أساليب مواجهة الضغوط النفسيه وكل من المسئوليه الإجتماعيه وجودة الحياه والتحصيل الدراسى لدى طلاب الجامعه .

دراسة ناجى محمود النواب وجباروادى العكيلى (٢٠١٤):

هدفت الدراسه إلى التعرف على ضغوط الحياه لدى طلبة الجامعه وعلاقتها بمعنى الحياه والرضا عن الحياه ، والعلاقه الإرتباطيه بينهما ، ومدى إسهام معنى الحياه والرضا عن الحياه فى التغيرالكلى لضغوط الحياه . وتكونت عينة الدراسه من (٤٤٥) طالباً وطالبه من طلاب جامعتى بغداد والمستنصريه ، وتم تطبيق مقياس ضغوط الحياه ومعنى الحياه والرضا عن الحياه ، وتوصلت نتائج الدراسه إلى وجود علاقه إرتباطيه سالبه بين ضغوط الحياه وكل من معنى الحياه والرضا عن الحياه ، ووجود علاقه إرتباطيه موجبه بين معنى الحياه والرضا عن الحياه .

دراسة آيات فوزى على (٢٠١٥):

هدفت الدراسه إلى إختبارفعالية البرنامج الإرشادى العقلانى الإنفعالى السلوكى فى تحسين مستوى (الأفكاراللاعقلانيه ، الرفاهيه النفسيه المدركه ، تقدير الذات ، الطمأنينه النفسيه ، أساليب مواجهة الضغوط) لدى طلاب الجامعه . وتكونت عينة الدراسه من (١٦) طالباً وطالبه (٣) من الذكور و(١٣) من الإناث من طلاب كلية التربيه جامعة دمنهور، وأستخدم المنهج التجريبى ، وطبق البرنامج الإرشادى العقلانى الإنفعالى ، ومقياس الأفكاراللاعقلانيه ، ومقياس الرفاهيه النفسيه المدركه ، ومقياس تقدير الذات ، ومقياس الطمأنينه النفسيه ، ومقياس أساليب مواجهة الضغوط ، وتوصلت نتائج الدراسه إلى فعالية البرنامج الإرشادى العقلانى الإنفعالى السلوكى فى تحسين مستوى (الأفكار اللاعقلانيه ، الرفاهيه النفسيه المدركه ، تقدير الذات ، الطمأنينه النفسيه ، أساليب مواجهة الضغوط) لدى أفراد المجموعه التجريبيه ووجود فروق داله إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعه التجريبيه على مقياس (الأفكار اللاعقلانيه ، الرفاهيه النفسيه المدركه ، تقديرالذات ، الطمأنينه النفسيه ، أساليب مواجهة الضغوط) فى القياس القبلى والبعدى والتتبعى لصالح القياس القبلى بالنسبه لمقياس الأفكار اللاعقلانيه ، ولصالح القياس البعدى والتتبعى بالنسبه لمقاييس الرفاهيه النفسيه المدركه وتقديرالذات والطمأنينه النفسيه وأساليب مواجهة الضغوط.

التعليق على دراسات المحور الثانى (الضغوط النفسية):

– دلت الدراسات السابقه على وجود علاقه إرتباطيه بين الضغوط النفسيه والصلابه النفسيه والإحساس بتلك الضغوط ، ووجود علاقه بين الضغوط وأساليب مواجهتها وبين المسئوليه الإجتماعيه وجودة الحياه ، كما دلت بعض الدراسات الأخرى على فاعلية البرنامج الإرشادى الجمعى فى خفض الضغوط االنفسيه والأفكار اللاعقلانيه وتحسين مستوى الرضا عن الحياه وهذا ما دلت عليه (دراسة رانيا الصاوى عبده ٢٠١٣) ، (دراسة داليا سامى إسماعيل ٢٠١٤) .

– كما أوضحت بعض الدراسات الأخرى أن الصلابه النفسيه لها علاقه وإرتباط دال بينهما وبين إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسيه مثل دراسة (Gangei et al , 2014) ، وتوصلت (دراسة kamody , Rebecca et al , 2014) إلى وجود فروق فى الضغوط المتعلقه بالسكر وفيما يتعلق بالجنس والعمر والسيطره على نسبة السكرفى الدم وإلى أن الإجهاد يؤثرعلى مرضى السكر من الشباب .

– وأشارت دراسة (ناجى محمود النواب وجباروادى العكيلى ٢٠١٤) إلى وجود علاقه إرتباطيه سالبه بين ضغوط الحياه وكل من معنى الحياه والرضا عنها ، وتوصلت (دراسة آيات فوزى على ٢٠١٥) إلى فعالية البرنامج الإرشادى العقلانى الإنفعالى فى تحسين مستوى الأفكار اللاعقلانيه والرفاهيه النفسيه المدركه ، وتقدير الذات ، والطمأنينه النفسيه ، وأساليب مواجهة الضغوط النفسيه كذلك تشير إلى تنوع البرامج الإرشاديه فى تخفيف الضغوط النفسيه .

أوجه إستفادة الباحث من نتائج الدراسات السابقه الخاصه ببعد الضغوط النفسيه إلى أنه توجد علاقه إرتباطيه سالبه بين الضغوط النفسيه وبين أبعاد تحقيق الذات وتحسين مستوى الرضا عن الحياه ، ووجود علاقه إرتباطيه بين الصلابه النفسيه وإستراتيجيات مواجهة الضغوط ، ووجود علاقه ذات دلاله بين كلا من الضغوط النفسيه وأساليب مواجهتها وبين المسئوليه الإجتماعيه وجودة الحياه .

الفصل الثاني

مرض السكر

١ – مقدمه عن مرض السكر وتعريفه ونسبة إنتشاره

٢ – أسباب المرض وأنواعه وأعراضه ومضاعفاته

٣– داء السكرى والضغوط النفسية وطرق علاجه والمبادئ التوجيهيه للإعتناء بمرض السكر

٤ – الدراسات لمرض السكر

الفصل الثاني

مـرض السـكـر

يتناول الباحث مرض السكرمن حيث إكتشافه ، المفهوم ، نسبة الإنتشار، وأسبابه ، أنواعه ، أعراضه ، ومضاعفاته ، وعلاقته بالضغوط النفسيه ، وعلاجه ، والدراسات السابقه الخاصه به .

مقدمه تاريخيه عن إكتشاف مرض السكر :

عُرف المرض منذ حوالى ألفى عام ، وأطلق عليه فى القرن الثانى الميلادى Diabetes Mellitus وهوتعبيرلاتينى ، وتعنى كلمة Diabetes تمرير الشيئ وكلمة Mellitus بمعنى العسل ، وهذه إشاره إلى إدرار كميات كبيره من البول الحلو. ويعد مرض السكرى من أمراض الرفاهيه والمجتمعات الراقيه ، فمعدل الإصابه بهذا المرض تختلف من مجتمع لآخر، ومرض السكر من أول أمراض الغدد الصماء التى أكتشفت منذ قديم الزمن ، وهذا المرض الحاد يتميز بخلل فى التمثيل الغذائى العام General Metabolism لكل العناصر الغذائيه ، وبعض أعراض هذا المرض قد أكتشفت من قديم الزمن (١٥٠٠ سنه قبل الميلاد) مكتوبه على أوراق البردى (محمد نجاتى الغزالى ، ٢٠١٢ : ص٩- ١٠) .

وعند اليونانيون القدماء فقد ذكرداء السكرى منذعام (٨٠) قبل الميلاد ، وعند العرب فيعتبر إبن سينا أول من وصف السكرى وصفاً دقيقاً فى كتابه (القانون فى الطب) حيث قال : ديانيطس هو أن يخرج الماء كما يشرب فى زمن قصير ، أو أن صاحبه يعطش فيشرب ولا يروى، بل يكون غير قاد رعلى حبس الماء ، ومعنى إسم ديانيطس كلمه إغريقيه تعنى المرض.

تعريف مرض السكر:

يتصف بأنه حاله مزمنه من أهم علاماته إزدياد مستوى السكرفى الدم وقد يحدث نتيجة عوامل بيئية أو وراثية (عادل حامد بشير ، ٢٠٠٦ : ص ٩) . ويؤثر مرض السكرعلى جميع أجهزة ووظائف الجسم وربما يمكن أن تؤدى مضاعفاته على المدى البعيد إلى العجز وفشل أجهزة الجسم المختلفه ((khan , weir , king , jacoson , moses & smith , 2005 : p . 331

ويُطلق على مرض السكرى باللغه الإنجليزيه diabetes mellitus وهى تسميه لاتينيه وتعنى كلمه diabetes كثرة إفراز البول أما كلمة mellitus فتعنى سكر العسل ، وهى تصف زيادة إفراز البول المحتوى على السكر (عصام بن حسن عويضه ، ٢٠٠٧ : ص٣١) .

هو مرض إستقلابى يتسم بإرتفاع السكر فى الدم الناتج عن خلل فى إفراز الأنسولين أوخلل فى عمل الأنسولين أوكليهما ، وإرتفاع سكر الدم المزمن الناتج عن مرض السكرى يؤدى إلى ضرر على المدى الطويل ، وضعف أوفشل فى مختلف الأجهزه ، وخاصة الكلى ، والعين ، والأعصاب ، والأوعيه الدمويه (Dsokiy , 2008 , p4).

ومرض السكرى هو حالة يزيد فيها معدل سكر الدم (الجلوكوز) عن حد معين لقصور فى مقدرة الجسم عن الإستفاده من الكربوهيدرات المأكوله لقلة إفراز الأنسولين من البنكرياس أو لخلل فى عمل بعض غدد الجسم التى تزيد من تركيز الهرمونات ذات الأثرالمضاد لفعل الأنسولين (محمد نجاتى الغزالى ، ٢٠١٢ : ص ٩).

هو عباره عن مجموعه من الإضطرابات التى تصيب وتؤثر على طريقة إستخدام الجسم لسكر الدم (الجلوكوز) ويعتبر الجلوكوز العنصر الحيوى للجسم لأنه يمد الجسم بالطاقه اللازمه ويدخل الجلوكوز خلايا الجسم بشكل طبيعى عن طريق عامل الأنسولين ، وهو عباره عن هرمون يُفرز عن طريق البنكرياس . ويعمل الأنسولين على فتح الأبواب التى تسمح بمرور الجلوكوز إلى خلايا الجسم وإذا تراكمت الضغوط والصدمات تزداد قابلية الإنسان للإصابه والتعرض الكبير لمرض السكر (علاء عبدالباقى إبراهيم ، ٢٠١٥ : ص ٣١).

ويُعرف بأنه عباره عن تحول دائم فى الكيمياء الداخليه لجسم الإنسان يؤدى إلى جلوكوز زائد فى الدم ، والسبب هو نقص فى هرمون الأنسولين وهو (أى الهرمون) ينتج فى البنكرياس وينطلق إلى مجرى الدم ، وقد يكون هناك عجز تام فى إنتاج الأنسولين كما فى النوع الأول ، إلا أنه فى النوع الثانى يكون عادة خليط من عجزجزئى فى إنتاج الأنسولين مع تناقص إستجابة الجسم للهرمون ، ويسمى ذلك مقاومة الأنسولين(Tennant , Bilous , prathapon & Bell ,2015) .

نسبة إنتشار المرض :

يُعد مرض السكر من الأمراض المزمنه الواسعة الإنتشارعلى مستوى دول العالم ، وهو فى إزدياد مستمر، فقد بلغ عدد المصابين بهذا المرض حسب إحصاءات منظمة الصحه العالميه (wHo 2000 ,) والدراسه التى أجراها وايلد وأخرون (wild et al . , 2004) حوالى (١٧١) مليون شخص ، أى (2.8%) من سكان العالم لكل الفئات العمريه من الجنسين ، ومن المتوقع أن يزداد هذا العدد ليصل إلى (٣٦٦) مليون شخص ، أى (٤,٤%) فى عام (٢٠٣٠) (عصام بن حسن عويضه ، ٢٠٠٧ : ص١٩) .

وتعتبر قارة آسيا الأكثر إصابة بمرض السكرى وتشكل نسبة (٦١%) من مرضى السكرى فى العالم ، ويزيد عدد المرضى عن (٦٦) مليون مريض أما فى الولايات المتحده الأمريكيه فتشير الدراسات أن عدد مرضى السكرى (١٨) مليون مريض تقريباً وهو ما يشكل نسبة (٦,٣%) من عدد السكان (kolipoulos , 2005 :p135) .

وعن نسبة إنتشار المرض فى مصر :

يشير تقرير لوزارة الصحه والسكان المصريه إلى أن هناك زياده فى معدلات إنتشار مرض السكرى بين المصرين ، حيث من المتوقع أن يرتفع عدد المصابين من (3,8) مليون عام ٢٠٠٠ إلى (8,8)مليون شخص عام ٢٠٢٥ (هناء أحمد محمد شويخ ، ٢٠٠٨) .

وأوضحت البحوث الوبائيه أن مصر تحتل المركز التاسع فى معدلات الإصابه بمرض السكرى فى عام ٢٠١١ ، وهى بذلك تعد من أعلى (١٠) دول فى معدلات الإصابه بمرض السكرى ، ذلك أن عدد المصابين به بلغ (7,3) مليون شخص ومن المتوقع أن تكون فى المركز الثامن فى عام ٢٠٣٠ على أساس أن عدد المصابين سيصل إلى (13,4) مليون شخص

(international Diabetes federation , 2012) .

أسبـــاب الـمـرض :

هناك نوعان من السكرى : الأول أصلى أو مباشر والثانى ثانوى أو غير مباشر .

أولاً : السكرى المباشر : من أغلب حالات الإصابه تتبع هذه المجموعه ، وهناك عوامل عديده تقوم بدور فى إنتشاره ولكن السبب الحقيقى غير معروف على وجه التأكيد وعلى أية حال فأهم هذه العوامل ما يلى :

(١) الوراثه :

لا شك أن هناك ميلاً وراثياً بالمرض على الرغم من عدم تمكن أحد من تحديد كيفية توارث هذا المرض أو طبيعة الخلل البيوكيميائى فى خلايا الفرد المصاب ، والعامل الوراثى ربما يكون أكثر أهمية فى أولئك الذين يصابون بالمرض قبل عمر ال٤٠ عام ، والوراثه لها دور مهم فى الإصابه بالمرض ، فإذا كانت أسرة الشخص حامله للمرض فإن إحتمال إصابته به تكون أعلى بعشرين مره من شخص أخرلأسره غير مصابه (محمد نجاتى الغزالى ، ٢٠١٢ :ص٢١) .

(٢) عامل المناعه :

يُعتبر مرض السكرى المعتمد على الأنسولين أحد الأمراض المناعيه ، حيث يقوم جهاز المناعه بإنتاج ماده كيماويه مناعيه تسمى (cytokines) وتركيبة هذه الماده تكون محدده لمهاجمة تركيبة أو جسم محدد فقط ، ولكن لسبب غير معروف لا تستطيع التعرف على خلايا البنكرياس المعروفه بإسم (Beta cells) ومن ثم تقوم بمهاجمتها بشكل تدريجى ومتسارع (عصام بن حسن عويضه ، ٢٠٠٧ : ص٢٦) .

ويشير(سيد أحمد البهاص ، ٢٠١١ : ص١٢٤) أنها تتمثل فى :

(٣) الأسباب العضويه والديمجرافيه : وتشمل ما يلى:

(أ) السمنه / حيث أن زيادة وزن الجسم من العوامل التى تؤثر فى حدوث مرض السكر ، وأن٨٠% من المصابين بالسكر يعانون من زيادة وزن الجسم .

(ب) قلة النشاط الجسمى / يساعد قلة النشاط الجسمانى ونقص التمرينات الرياضيه على زيادة وزن الجسم ، فى حين يساعد النشاط والحركه على بقاء وزن الجسم مناسباً بالإضافه إلى إستهلاك كميات الجلوكوز وتحويلها إلى طاقه ، كما يساعد النشاط على تقوية عضلات الجسم التى تسهم هى الأخرى فى إمتصاص كمية كبيره من الجلوكز فى جسم الإنسان .

(ج) زيادة العمر الزمنى / حيث ينتشر مرض السكرفى العمر الزمنى من (٣٠ – ٤٠ سنه) ويزداد مع زيادة العمر الزمنى .

(٤) الجنس :

حيث أن نسبة الشباب الذكور المصابين بهذا المرض أعلى من البنات فى نفس العمر ، لكن مع تقدم السن تصبح نسبة المصابات أعلى من نسبة الرجال (محمد نجاتى الغزالى ،٢٠١٢ : ص٢٣).

(٥) الضغوط النفسيه والإجتماعيه :

إن الضغوط الإنفعالية المستمرة تسبب مرض السكر وذلك بسبب الزياده المستمره فى إنتاج هرمون الضغط الذى يحول البروتينات والدهون إلى جلوكوز لكى يعوض الإستخدام السريع له بواسطة الجسم فى موقف الإنفعال (Handelsman , 2009 : p180) .

(٦) إصابة الأم بإرتفاع ضغط الدم أثناء الحمل .

(٧) كبرسن الأم عند الحمل (محمد بن سعد الحميد ، ٢٠٠٧ : ص١٧) .

ثانياً : السكرى غير المباشر : فى بعض الحالات يظهر مرض السكرى نتيجة للإصابه ببعض الأمراض التى تتلف البنكرياس كإلتهاب أو إصابته بالسرطان ، وقد يحدث أيضاً لخلل فى عمل بعض غدد الجسم التى تزيد من تركيز الهرمونات ذات العمل المضاد لفعل الأنسولين ، ومهما كان سبب الإصابه بالمرض فأعراض الإصابه به غالباً ما تكون متشابه (محمد نجاتى الغزالى ، ٢٠١٢ : ص ٢٤) .

أنـواع مـرض السـكر:

تشير فوقيه حسن رضوان (٢٠٠٦) إلى أن هناك نوعان من مرض السكر وهما :

النوع الأول : ويحدث نتيجة عدم إفرازالبنكرياس للأنسولين ، أو إفرازه لكميه قليله غير كافيه ، وهذا النوع من مرض السكر يحدث لحوالى من (٥ – ١٠ %) من المرضى .

النوع الثانى : وهو الأكثر إنتشاراً بين مرضى السكرويصيب حوالى (٩٠ – ٩٥ %) من المرضى ، وجميعهم فوق سن العشرين ٬ وفى الماضى كان يسمى بسكر البالغين ، ولكن تغير هذا المفهوم فى الوقت الحديث لأن هناك أفراد كثيرون من هم أقل من سن العشرين ويصابون بهذا النوع من المرض وأن بعض هؤلاء المرضى يكون فى حاجه إلى إستخدام العلاج الدوائى المعتمد على (الأنسولين) .

ويصنف (عماد محمد عطيه ، ٢٠١٤ : ص ٨٨) مرض السكرإلى ثلاثة أنواع رئيسيه وهى :

١ – النوع الأول (TYpE1 (iDDM: هوالبول السكرى المعتمد على الأنسولين ويحدث عادة فى فترة الطفوله والشباب ، ومن الممكن أن يحدث فى أى عمر، وسببه نقص فى الأنسولين ، كما نجد أن البنكرياس عند هؤلاء المرضى يفرزقليل من الأنسولين أو لايفرز نهائياً لذلك نجدهم يستخدمون الأنسولين .

٢ – النوع الثانى TYpE2 (iDDM) : هو البول السكرى الغيرمعتمدعلى الأنسولين وفى هذا النوع لايوجد نقص فى كمية الأنسولين ، ولكن هناك مقاومه الجسم لعمل الأنسولين ، وضعف البنكرياس فى إفرازالأنسولين كما أن الأنسولين يفرز بصوره طبيعيه وبحالة جيده ولكن تأثيره على الجسم أقل ويبقى كافياً لتفادى الإضطرابات الخاصه بالدهنيات والبروتينات وبالتالى لا يوجد إحتمال كبير لتكوين الأسيتون وحدوث غيبوبة السكروفقدان الوزن ، ولكنه لا يكون كافياً بالنسبه للسكريات وإستعمالها بطريقه طبيعيه ، مما ينتج عنه إرتفاع نسبة السكر فى الدم .

٣ – سكرى الحمل : يحدث هذا النوع من السكرأثناء الحمل ومستوى الجلوكوز فى الدم قد يعود إلى الطبيعى بعد الولاده ، أما بالنسبه للأم المريضه بالسكر قبل الحمل قد يستمربالإرتفاع وتحتاج لرعاية خاصه ودقيقه أثناء الحمل .

أعـراض مـرض السـكر :

يشير(محمد بن سعد الحميد ، ٢٠٠٨ : ص ٤٦) إلى أن أعراض الإضطرابات النفسيه الخاصه بمرض السكر تظهر كما يلى :

- الحزن المستمر والشعور بالإحباط.
- الشعوربالذنب وعدم القيمه.
- إنعدام الرغبه فى القيام بالأنشطه والهوايات التى كانت محببه إلى الشخص المريض.
- صعوبة التركيز والتذكروعمل القرارات مع قلة الطاقه والشعور بالتعب.
- سرعه التهيج والتوتر والإنفعال بدرجه شديده وسريعه.
- التفكيرفى الموت أو الإنتحارأو القيام بمحاولات إنتحار.
- الأرق والنهوض مبكراً فى الصباح أوالنوم لساعات طويله.
- تغيرات فى الشهيه للأكل والوزن.

ويضاف إلى تلك الأعراض السابقه الذكر ، ما يصيب الجهاز العصبى نتيجة مرض السكر فيظهر التنميل فى اليدين والقدمين والألأم الشديده فى الأرجل والذراعين . وللحديث عن الأعراض

النفسية لمرض السكر، فإن زيادة الإنفعالات الناتجه عن القلق والضغوط النفسيه تؤدى إلى زيادة نسبة إفراز السكر فى الدم مصحوباً بإفراز كميه كبيره من هرمون الأدرينالين مما يسبب إجهاد البنكرياس وإفرازه لمزيد من الأنسولين (سيد أحمد البهاص ، ٢٠١١ : ص ١٢٨) .

ويعرض (محمد نجاتى الغزالى ، ٢٠١٢ : ص ٢٥ – ٢٦) إلى أن أعراض السكرفيما يلى :

فى حالات كثيره لا يصاحب مرض السكرفى بدايته أية أعراض ، حيث يتم إكتشاف المرض أثناء التحاليل الطبيه ، وفى حالات أخرى يصاحب مرض السكر بعض الأعراض الناشئه عن إرتفاع الجلوكوز فى الدم مثل ما يلى :

١- كثرة وزيادة العرق .

٢- كثرة البول .

٣- العطش الزائد .

٤- نقصان سريع فى الوزن .

مضاعفات مرض السكر :

يترتب على الإصابه بمرض السكر بعض المضاعفات والآثارالخطيره منها :

(نقص المناعه) خاصة بالنسبه للأمراض الجرثوميه بحيث يصبح الجسم فريسة سهله للجراثيم التى لا تقاوم من قبل الكرات الدمويه البيضاء ، مع بطء شديد فى إلتئام الجروح .

(إضطرابات الأعصاب) يعتبر أكثر مضاعفات مرض السكر ظهوراً إضطرابات الأعصاب خاصة إصابة الأعصاب الحسيه فى الرجلين والذراعين ، فيشعر المريض بتنميل وألم شديد فى مقدمة أصابع القدم واليدين ، وقد يصل إلى الأعصاب المتصله بالهضم فتحدث حالات من الغثيان والقيء أو حالات من الإمساك أو الإسهال (سيد أحمد البهاص ، ٢٠١١ : ص ١٢٩).

ونجد أن مرض السكرله كثير من المضاعفات الأخرى التى أصبحت تهدد الصحه وفى بعض الأحيان يهدد الحياه حيث أصبح مرض السكر سبباً رئيسياً لفقدالبصر، حدوث الفشل الكلوى ، و تصلب الشرايين ، كما يؤدى إلى الإلتهابات ويصيب الفرد بالغرغرينا ، كما تؤدى الإصابه بمرض السكر إلى حدوث الإصابات فى أوعية الدماغ وكذلك حدوث الذبحه الصدريه ، أيضا تدهور حالة اللثه بسبب قلة مقاومتها لهجوم الجراثيم وذلك لأن المرض يتدخل فى مقدرة أنسجة الجسم على الإلتئام (Whitnet et al , 2012).

وإن إرتفاع مستوى السكر بالدم لفترات طويله بسبب عدم إتباع النظام العلاجى قد يؤدى إلى مضاعفات صحيه خطيره فى :

- العين ... مثل إعتلال الشبكيه والمياه البيضاء.
- الكليتين ... مثل الإصابه بالفشل الكلوى.
- القلب والأوعيه الدمويه ... مثل إرتفاع ضغط الدم وإرتفاع الكوليسترول بالدم وفى بعض الأحيان الإصابه بالذبحه الصدريه.
- العجز الجنسى.
- أمراض القدم مثل قرح القدم المزمنه (القدم السكرى).

وإن الحفاظ على إتزان مستوى السكر بالدم يحمى من مشاكل صحيه خطيره (محمد نجاتى الغزالى ، ٢٠١٢ : ص ٢٦).

أداء السكرى والضغوط النفسيه :

تؤثر الضغوط النفسيه علي مستوي السكر بطريقتين :

١ – عندما يعانى الإنسان من ضغوط كبيره فإنه من السهل إنقطاعه عن العمل الإعتيادى الذى إنتظم عليه ، وقد تؤدى الضغوط إلى التقليل من مزاولة الرياضه ، وتناول القليل من الأغذيه المفيده صحياً للجسم ، وعدم الإنتظام فى فحص مستوى السكرفى الدم وبالتالى فإن الضغوط النفسيه قد تؤدى بشكل غير مباشر إلى زيادة مستوى السكرفى الدم.

٢ – كذلك من الممكن قد تؤدى الضغوط النفسيه إلى رفع مستوى السكرفى الدم أيضاً بشكل مباشر ، وكما هو الحال بالنسبه للضغوط الناتجه عن مرض عضوى فإن زيادة الضغوط العاطفيه إذا طالت قد تحفزالجسم لإنتاج هرمونات تقاوم عمل الأنسولين ، وهذا بدوره يؤدى إلى زيادة مستوى السكرفى الدم ، وتحدث تلك التغيرات بشكل أكثرشيوعاً فى المرضى الذين يعانون من الإصابه بالنوع الثانى من السكر (محمد بن سعد الحميد ، ٢٠٠٨ : ص ٨٥).

عــلاج مــرض الســكر :

يعتبر مرض السكر من الأمراض المزمنه ، لكن هناك وسائل فعاله للسيطره عليه والحد من مضاعفاته ومن أهمها ما يلى :

١ – (أن يتفهم المريض طبيعة مرضه) وأن يتقبل ذاته ، ويعمل على تطبيق كافة الإرشادات التى يتلقاها من قبل الطبيب بدقة وإهتمام خاص فيما يخص الحميه الغذائيه من خلال الإعتدال فى تناول المواد الكربوهيدراتيه مثل الأرز والخبزوأيضاً الإعتدال فى تناول الدهون والإكثار من الأغذيه الغنيه بالألياف كالخضروات والفاكهه.

٢ – (مراقبة السكر فى الدم والتحكم فيه) وتتم المراقبه من خلال قياس مستوى السكر بشكل دورى والمحافظه على المستوى المطلوب منه (المستوى الأمثل) وهويكون بين ٨٠ – ١٢٠ مليجرام /١٠٠ مليمتردم قبل الأكل وأقل من ١٨٠ مليجرام /١٠٠ مليمتربعد الأكل ، أما عن التحكم فى مستوى السكرفيتم من خلال النظام الغذائى السليم.

٣ – (تناول العلاج الدوائى) يوجد نوعان من العلاج الدوائى (الأول) يؤخذ عن طريق الفم ويعمل على تحفيزالبنكرياس لإفراز كميه أكبرمن الأنسولين ، و (الثانى) هو حقن الأنسولين التى تحقن مباشرة فى مجرى الدم حيث تقوم بخفض نسبة السكر بشكل فورى (سيد أحمد البهاص ، ٢٠١١ : ص١٣١).

٤ – (إتباع نظام غذائى سليم) هناك من يرى أن إستعمال كميات كبيره من الكربوهيدرات فى الطعام ، وإستعمال غذاء غنى بنسبة البروتين له فوائد كثيره ، وهناك من يرى أن الأكل على فترات قصيره له مزايا بالنسبه لمريض السكر ، ولكن الشىء المتفق عليه أنه يجب على مريض السكر أن يأكل طعاماً قليلاً فى محتوياته من الطاقه والسكر ، وهذا النمط من الغذاء لا يؤدى فقط إلى الوصول بالمريض للوزن المثالى بالنسبه لطوله لكنه يجعل المريض يستعيد مقدرته على تمثيل الكربوهيدرات بصوره جيده ويقلل من نسبة الدهون فى الدم .

٥ – (ممارسة الرياضه بشكل مستمر) حيث تعد الرياضه عاملاً غاية فى الأهميه للجميع سواء كانوا مرضى أو أصحاء بالنسبه لمرضى السكرفالتمارين الرياضيه هامه وتساعد على الحصول والحفاظ على وزن مناسب للجميع ، وتساعد على ضبط مستوى السكر فى الدم ، كما تساعد على تخفيف الشد العصبى ، كما تخفف من إحتمالات إرتفاع ضغط الدم ، وتخفض من نسب الكوليسترول والدهون الضاره بالدم (محمد نجاتى الغزالى ، ٢٠١٢ : ص ٤٢) .

٦ – (العمليات الجراحيه) وتتمثل فى زراعة البنكرياس فى حالة الفشل التام فى التحكم فى مستوى السكر فى الدم من خلال العلاج الدوائى وعندما يكون الفرد لا يستطيع الإستفاده من العلاج الدوائى بأى طريقة.

٧ – (العلاج النفسى لمرضى السكر) نظراً لأن مرض السكرتم تصنيفه ضمن الإضطرابات السيكوسوماتيه من قبل رابطة الطب النفسى الأمريكى ، فقد أجريت أبحاث عديده إعتمدت على فنيات العلاج النفسى فى التخفيف من المصاحبات النفسيه لمرض السكر كالقلق والإكتئاب وإنخفاض مفهوم الذات وضعف المهارات الإجتماعيه وإنخفاض الكفاءه الإجتماعيه (سيد أحمد البهاص ، ٢٠١١ : ص١٣٣).

وتبين للباحث من خلال القراءات السابقة أن مرض السكر قد إنتشر فى الأونة الأخيرة بنسبة كبيرة وفى تزايد دائما يوماً بعض الأخر ، وهناك العديد من الخطوات الهامة التى يمكنك إتخاذها لتستطيع التعايش سعيداًمع مرض السكر الخاص بك ، وإليك بعض النصائح (المبادئ التوجيهية لمريض السكر) :

١ – إتباع نظام غذائى معين مع تناول كل ما تحبه من سكريات وقت نشاطك وجهدك .

٢ – عليك فحص مستوى السكرفى الدم بإنتظام .

٣ – ممارسة الرياضه بشكل منتظم فهى صحيه للمريض وغير المريض .

٤ – لا تخاف ولا تخجل من طلب المساعده فى أى وقت كان وأى زمان إذا شعرت بأنك فى حاجة إلى ذلك كى تتجنب الضرر .

٥ – عليك تناول الجرعه الخاصه بالأنسولين فى موعدها المحدد بشكل منتظم .

٦ – لابد من تكوين مفهوم إيجابى وعقلانى بالنسبه لشخصك ولا تفكر فيما يقوله الناس عن ذلك المرض فهم لا يعلمون بأنه مرض العظماء والحكماء .

٧ – لابد من مراجعة الطبيب الخاص بك كل فتره من الزمن بشكل منتظم .

٨ – إرتبط مع فريق السكر الخاص بمنطقتك وذلك للتعرف على ما هو جديد مع الإطلاع على بعض الصحف والكتب التى تنشر عن المرض بهدف التثقيف .

٩ – عليك المحافظه على وزن وشكل الجسم لتصبح دائماً نشيط .

١٠ – يجب على كل فرد أن يصبح صديقاً للمرض وذلك بإتباع كل ما هو إيجابى .

كل تلك الأشياء هامه بالنسبه لمريض السكرويجب على مريض السكر الإبتعاد عن الضغوط النفسيه وتجنب كل ما يحدث له التوتر والإنفعال والغضب حتى يضمن حياه بعيدة عن الأمراض الأخرى .

الـدراســات السـابـقـه :

دراسة حنان مجدى سليمان (٢٠٠٩):

بعنوان المسانده الإجتماعيه وعلاقتها بجودة الحياه ونوعية الحياه لدى مريض السكرالنمط الأول دراسه سيكومتريه إكلينيكيه ، وهدفت الدراسه إلى التعرف على أثرجنس المريض فى شعوره بجودة الحياه وإدراكه للمسانده الإجتماعيه المقدمه له والتعرف على المسانده الإجتماعيه التى يمكن تقديمها لمريض السكر، وتكونت عينة الدراسه من (١٠١) مصاباً بالسكرمن الذكوروالإناث تراوحت أعمارهم ما بين (١٣ – ٢١) سنه ، وتم إستخدام مقياس المسانده الإجتماعيه لمريض السكر، ومقياس جودة الحياه لمريض السكروكلاهما من إعداد الباحثه ، وتوصلت نتائج الدراسه إلى وجود علاقه ارتباطيه داله إحصائياً بين جميع أنواع المسانده الإجتماعيه وبين أبعاد جودة الحياه ، كما لايوجد تأثيردال إحصائياً لعامل الجنس فى إدراك المسانده الإجتماعيه بشكل عام بينما وجدت فروق لعامل الجنس فى إدراك المسانده الإجتماعيه من قبل الأصدقاء لصالح الإناث ، كما لاتوجد فروق داله إحصائياً لعامل الجنس فى الشعور بجودة الحياه النفسيه لصالح الإناث ، وكشفت الدراسه عن وجود بعض العوامل المؤثره فى شعور مريض السكربجودة الحياه .

دراسة حرم الشيخ إدريس (٢٠١٠):

بعنوان الضغوط النفسيه لدى مرضى السكرى وعلاقتها ببعض المتغيرات بولاية الخرطوم ، وهدفت الدراسه إلى معرفة السمه العامه للضغوط النفسيه ومعرفة الفروق فى الضغوط لدى مرضى السكرى ومعرفة العلاقه بين الضغوط النفسيه وفترة المرض ، وتكونت عينة الدراسه من (١٠٠) من مرضى السكرى وتمثلت أدوات الدراسه فى إستمارة البيانات الأوليه ومقياس الضغوط النفسيه لمرضى السكرى ، وتوصلت نتائج الدراسه إلى أنها تتسم الضغوط النفسيه بالإنخفاض لمرضى السكرى وتوجد فروق ذات دلاله إحصائيه فى الضغوط النفسيه لمرضى السكرتعزى لمتغيرالنوع فى أبعاد الضغوط الجسميه والمعرفيه والإنفعاليه لصالح الإناث ولا توجد فروق فى بعدى الضغوط الإجتماعيه والإقتصاديه والدرجه الكليه ، وتوجد فروق فى الضغوط لمرضى السكر تعزى لمتغير العمرفى أبعاد الضغوط الإقتصاديه والمعرفيه والإنفعاليه والدرجه الكليه ولا توجد فروق فى بعدى الضغوط الإجتماعيه والجسميه

وتوجد فروق فى الضغوط تعزى لمتغير الحاله الإجتماعيه فى أبعاد الضغوط الإقتصاديه والمعرفيه والإنفعاليه والدرجه الكليه ولا توجد فروق فى بعدى الضغوط الإجتماعيه والجسميه ، كما لاتوجد فروق ذات دلاله إحصائيه فى الضغوط النفسيه لمرضى السكرتعزى لمتغيرالمستوى التعليمى ، وتوجد علاقه إرتباطيه ذات دلاله إحصائيه بين الدرجه الكليه للضغوط النفسيه لمرضى السكر ومتغير فئة المرض ولاتوجد علاقه بين أبعاد الضغوط النفسيه الإجتماعيه والجسميه والإقتصاديه والمعرفيه والإنفعاليه ومتغيرفئة المرض .

دراسة (cline , Ginger Depp , et al , 2011):

بعنوان دراسه تجريبيه عن أعراض الإجهاد الحاد لدى الأباء والأمهات والشباب بعد تشخيص النوع الأول (type1) من مرض السكر، وهدفت الدراسه إلى تحديد معدل حدوث إضطراب التوترالحاد (A.s.D) لدى المرضى المصابين حديثاً بمرض السكرى من النوع الأول وأولياء أمورهم ، وتكونت عينة الدراسه من (١٠٢) من أباء مرضى السكرمن الشباب و(٤٠) شاب مصاب حديثاً بالسكر، وتوصلت نتائج الدراسه إلى أنه خلال ثلاثة أيام من تشخيص مرض السكرذكرأن ثمانية عشرفى المئه من الأباء ، و١٧ بالمئه من الشباب آثرت عليهم أعراض المرض وتوقع حضورهم العياده الخاصه بالمتابعه مع وجود نمط الفارق واضحاً فى ردود أفعال الشباب وأولياء أمورهم ، وتعزز هذه النتائج أهمية فحص أعراض التوحد فى الشباب المصابين بداء السكروأولياء أمورهم للمساعده فى تحديد الأسرالتى قد تكون فى حاجة إلى دعم إضافى .

دراسة غرافيل . ووندل (السويد) (Gravels & wandell 2012):

بعنوان إستراتيجيات المواجهه عند مرضى السكرى من كلا الجنسين المصابين بالنوع الثانى من السكرى ، وهدفت الدراسه إلى معرفة مهارات المواجهه عند مرضى السكرمن كلا الجنسين المصابين بالنوع الثانى من السكرى ، تكونت عينة الدراسه من (٢٣٢) مريضاً بالسكرى ، تتراوح أعمارهم من (٣٥-٦٤) سنه ، منهم (١٢١) ذكوراً و(١١١) إناثاً ، أدوات الدراسه جرى تطبيق مقياس مهارات المواجهه والإستعانه بالتقاريرالطبيه الخاصه بأفراد المجموعه ، وتوصلت نتائج الدراسه إلى أنه كانت إستراتيجيات المواجهه ضعيفه لدى النساء أكثرمن الرجال ، ولوحظ إنتشار الإنعزاليه والإنطوائيه والإستسلام لديهن أكثر من الرجال .

دراسة (Berlin , kristoffer , et al , 2012):

بعنوان الأنماط التجريبيه المستمده من الضغوط الخاصه بالشباب مرضى السكرمن النوع الأول (type1) وعلاقتها بالسيطره على التمثيل الغذائى ، وهدفت الدراسه إلى إكتشاف الأنماط التجريبيه من الضغوط المتعلقه بمرض السكرالنوع الأول بين الشباب مرضى السكرمن النوع الأول (type1) وتكونت عينة الدراسه من (٢٠٤) شاب مريض بالسكرعلى أربع مجموعات ، وتوصلت نتائج الدراسه إلى أنه يمكن السيطره على السكروالتمثيل الغذائى وذلك من خلال إستبيان الهيموجلوبين A.l.c على المدى الطويل وذلك من خلال السجلات الطبيه الخاصه بالمرضى ، كما توصلت نتائج الدراسه إلى أن هناك بعض الأشياء التى يمكن من خلالها التحكم فى التوتروالضغط الناتج الإصابه بالسكر عن طريق التمثيل الغذائى مثل تخفيف الضغوط التى يتعرض لها المريض

دراسة محمد بحل الشمرى (٢٠١٤):

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الضغط النفسى والصلابة النفسية والإضطرابات السيكوسوماتيه ، والتعرف على العلاقه بين الضغوط النفسيه والصلابه النفسيه لدى المرضى السيكوسوماتين وذلك بإستخدام المنهج الوصفى الإرتباطى ، وبلغ حجم العينه (١٨٦) مريضاً مقسمين على (٧٢ مصاباً بالسكر) و(٦٧ بضغط الدم) و(٤٧ بالقولون العصبى) ، وتوصلت نتائج الدراسه إلى عدم وجود علاقه ذات دلاله إحصائيه بين الضغوط النفسيه والصلابه النفسيه والإلتزام والتحكم ، ووجود علاقه طرديه ذات دلاله إحصائيه عند مستوى (5,.) بين الضغوط النفسيه والتحدى ، حيث يتضح أنه كلما زادت الضغوط النفسيه على المرضى السيكوسوماتين كلما زاد التحدى لديهم ، وعدم وجود علاقه ذات دلاله إحصائيه بين الضغوط النفسيه والصلابه النفسيه بأبعادها المختلفه لمستويات الإضطراب السيكوسوماتى الخفيفه ، وجود علاقه ذات دلاله إحصائيه عند مستوى (5,) بين الضغوط النفسيه والصلابه النفسيه بأبعادها المختلفه لمستويات الإضطراب السيكوسوماتى الشديد ، وعدم وجود فروق ذات دلاله إحصائيه فى إتجاهات أفراد الدراسه بإختلاف متغير العمر ، والمستوى التعليمى ، والدخل الشهرى ، والحاله الإجتماعيه .

دراسة (Berlin , kristoffer et al , 2015):

بعنوان تمييزالزملاء والأصدقاء لمعالجة الآثارالناتجه عن المعلومات الإجتماعيه التى تحدث الضغوط وكيفية السيطره على السكرمن النوع الأول (type1) لدى الشباب مرضى السكر، وهدفت الدراسه إلى السيطره على السكرمن خلال الشاب المريض فى المواقف الإجتماعيه التى قد تنتج من خلالها الضغوط والتقيم السلبى من الأخرين ، عينة الدراسه مجموعه من الشباب مرضى السكر، وتوصلت نتائج الدراسه إلى أنه يمكن السيطره على السكروالتعامل معه بطريقه صحيحه وذلك من خلال تعامل المريض مع نفسه بطريقة معتاده دون أن يضع فى فكره أنه مريض ، وتوصلت نتائج الدراسه أيضاً إلى أنه يمكن السيطره على الضغوط التى يحدثها مرض السكرمن خلال صديق مخلص وواضح فى التعامل ومن خلال ما إذا كان هذا الصديق متساوياً مع الشاب المريض فى العمروالجنس والصف ويمكن أن تكون صفات الأقران ذات الصله هدفاً بارزاً فى ذلك .

دراسة أمل إبراهيم أبو بكر(٢٠١٥):

بعنوان مستوى الضغوط النفسيه لمرضى السكرى وعلاقتها بجودة الحياه ، هدفت الدراسه إلى معرفة مستوى الضغوط النفسيه لمرضى السكرى وعلاقتها بجودة الحياه ، ولتحقيق الهدف إستخدمت الباحثه المنهج الوصفى وبلغ حجم العينه (٦٦) من مرضى السكرى وتم إختيارهم بطريقه عشوائيه فى مراكزالسكرالتابعه لوزارة الصحه بمحلية أم درمان ، وطبقت على العينه مقياس الضغوط النفسيه لدى مرضى السكرى من إعداد (جاسم المرزوقى ٢٠٠٨) المعدل من قبل الباحثه . ومقياس جودة الحياه الصوره المختصره من إعداد منظمة الصحه العالميه المعدل من قبل الباحثه ومن ثم تحليل البيانات عن طريق الحزم الإحصائيه للعلوم الإجتماعيه ، وقد أسفرت عن

النتائج التاليه : تتسم كلاً من الضغوط النفسيه بالإرتفاع ، وجودة الحياه بالإنخفاض لدى مرضى السكرى بمحلية أم درمان ، وتوجد علاقه إرتباطيه عكسيه داله إحصائياً بين الضغوط النفسيه وجودة الحياه لدى مرضى السكرى بمحلية أم درمان ، كما لا توجد فروق داله إحصائياً بين الضغوط النفسيه لدى مرضى السكرى بمحلة أم درمان تبعاً للعمر والنوع .

التعليق على دراسات المحور الأول (مرض السكر):

أوضحت الدراسات السابقه أنها تدل على وجود علاقه إرتباطيه بين الضغوط النفسيه ومستوى الضغط النفسى وحدوث مرض السكر، وكذلك الضغوط النفسيه لدى مرضى السكروعلاقتها ببعض المتغيرات الأخرى وهذا ما دلت عليه دراسة (محمد بحل الشمرى ٢٠١٤) ، (دراسة حرم الشيخ إدريس ٢٠١٠) ، وعلاقة المسانده الإجتماعيه بجودة الحياه ونوعيتها لدى مريض السكر وهذا ما أشارت إليه دراسة (حنان مجدى سليمان ٢٠٠٩) ، كما أوضحت دراسة (أمل إبراهيم أبوبكر٢٠١٥) أن الضغوط النفسيه تتميز بالإرتفاع وجودة الحياه بالإنخفاض لدى مرضى السكرووجود علاقه إرتباطيه داله بينهما .

وتوصلت دراسة (cline,Ginger Depp,et al,2011) إلي أن الشباب الذين تعرضوا للمرض أثرت عليهم أعراضه بطريقه مباشره وظاهره ، كما أوضحت دراسة (Gravels,Wandell 2012) إلي أن إستراتيجيات مواجهة الضغوط كانت ضعيفه لدي مرضي السكر وذلك لدي النساء أكثر من الرجال .

وتوصلت دراسة (Berlin,Kristoffer,et al,2012) إلي أنه يمكن السيطره علي السكر والتمثيل الغذائي وذلك من خلال استبيان الهيموجلوبين ، كما يمكن السيطره علي الضغوط التي يحدثها مرض السكر من خلال صديق مخلص وواضح في التعامل وهذا ما دلت عليه دراسة (Berlin,Kristoffer,et al,2015) .

أوجه إستفادة الباحث من نتائج الدراسات السابقه الخاصه ببعد مرض السكرأنه توجد علاقه إرتباطيه بين الضغوط النفسيه وحدوث مرض السكر، وأنه كلما زادت إضطرابات المرض زادت الضغوط وكلما زادت الضغوط النفسيه كانت سبب وراء إصابة الشخص بالسكر وكلما زادت الضغوط ساء الشخص المريض بالسكر ، وأنه يمكن تحسين حالة الشخص المريض بالسكر عن طريق السيطره على الضغوط النفسيه التى يتعرض لها والتخفيف من حدتها عن طريق تحسين دور المريض وعن طريق المشاركه الإجتماعيه وتفعيل علاقاته مع أصدقائه ومن حوله داخل العمل .

الفصل الثالث

المراهقون المكفوفون

أولاً: الحاجات النفسية للمراهق الكفيف

ثانيًا: تعريف كف البصر

ثالثًا: تصنيف كف البصر

رابعًا: أسباب كف البصر

خامسًا: العوامل المؤثرة في شخصية الكفيف

سادسًا: خصائص شخصية الكفيف

الفصل الثالث

المراهقون المكفوفون

المراهقون المكفوفون: Blind Adolescents:

أولاً: الحاجات النفسية للمراهق الكفيف:

هناك بعض الحاجات النفسية التي يحتاج المراهق الكفيف إلى إشباعها وهي:

- الحاجة إلى الحنو والتجاوب العاطفي.
- الحاجة إلى النجاح والإنجاز.
- الحاجة إلى التقدير والمكانة الاجتماعية.
- الحاجة إلى الانتماء.
- الحاجة إلى الأمن.
- الحاجة إلى الإحساس بالمسؤولية. (سيد صبحي، ٢٠٠٩، ١٣٤-١٤٨)

وتعتبر حاسة البصر دورًا مهمًا في حياة الإنسان، وبالتالي فإن فقدان هذه الحاسة يحدث آثارًا مباشرة وغير مباشرة على شخصية الكفيف، والتي تميزه ببعض الخصائص والسمات كبعض الخصائص الحركية واللغوية والأكاديمية والاجتماعية والانفعالية التي قد تجعله شخصًا غير سويًا، أو قد تدفعه إلى الصدارة والطموح لتعويض ما أحدثته الإعاقة من آثار، ومن هنا يتضح أهمية الدور الذي تقوم به حاسة البصر.

حيث يحصل الإنسان من خلال الجهاز البصري وفي فترة زمنية قصيرة على معلومات أكثر من تلك التي يحصل عليها من أي جهاز حسي آخر، وغالبًا ما يسمى البصر بالقناة الحسية التي توصل الإنسان إلى ما هو أبعد من حدود جسمه، والتعلم العرضي الذي يحدث عن طريق النظر أكثر من التعلم العرضي الذي يحدث عن طريق حاسة أخرى، حيث يشار إلى أن حوالي (٩٠%) مما يتعلمه الإنسان المبصر يحدث من خلال حاسة البصر (منى الحديدي، ١٩٩٨، ٣٥).

وتأخذ الإعاقة البصرية شكلين رئيسين هما: العمى (العوق البصري – فقدان البصر الكلي) أو ضعف البصر (فقدان البصر الجزئي)، ومن ثم فإن الإعاقة البصرية مصطلح يشمل كافة درجات، وأنواع الفقدان البصري، ويشمل كل من كف البصر، وضعف البصر بأنواعه المختلفة، ويعتبر كف البصر من الفئات الرئيسة للمعاقين بصرياً، فكل شخص لديه فقدان بصري كامل يطلق عليه الكفيف، ومن فقد جزءاً منها يطلق عليه ضعيف البصر أو الأعشى؛ فمصطلح المكفوفين يشير إلى الفئة الأولى من المعاقين بصرياً، ويتمثل في فقد البصر كلياً، وغياب القدرة على الرؤية لأغراض تأدية الوظائف الحياتية اليومية (جمال الخطيب ومنى الحديدي، ٢٠١٤، ٧٣).

يرى الباحث أن التباين في مفهوم، وتعريف الإعاقة البصرية الشديدة أدى إلى صعوبة التوصل إلى تعريف متفق عليه بين الباحثين يتصف بالدقة، والشمول في الحقائق عن المكفوفين. وفيما يلي سيعرض الباحث أبرز تعريفات مصطلح العوق البصري، أو كف البصر، أو المكفوفين في سبيل الوصول إلى إمكانية تحديد مفهوم مصطلح المكفوفين وطبيعته.

ثانياً: تعريف كف البصر:

تتعدد مفاهيم كف البصر والتعريفات التي يتم استخدامها في هذا الصدد وفقًا للمنظور الذي يتم من خلاله النظر إليها وتناولها سواء لُغويًا أو تربويًا أو طبيًا أو قانونيًا أو اجتماعيًا، ويمكن توضيح بعض هذه المفاهيم على النحو التالي:

التعريف اللُغوي لكف البصر:

يستخدم عدة ألفاظ منها الأعمى أي عمى البصر، وأيضًا الأكمه أي العمى قبل الميلاد حيث يولد الطفل مطموس العينين، وكذا الضرير بمعنى سوء الحال، والضرير فاقد البصر، ولفظ كفيف معناه المنع (وليد السيد خليفة، ٢٠٠٧، ٨٧).

التعريف التربوي لكف البصر:

تُركز التعريفات التربوية لمصطلح المكفوفين على القدرات البصرية التي يمتلكها الفرد، وتمكنه من الاستفادة من الخدمات، والبرامج التعليمية، والتعلمية، حتى لو تتطلب ذلك تعديل في درجة الإبصار، ومجال الرؤية، واستخدام مصححات الرؤية.

يعرف الكفيف بأنه: "الشخص الذي يعجز عن استخدام بصره للحصول على المعرفة" (عبد المطلب القريطي، ٢٠٠٥، ١٧٨).

كما يعرف المكفوف بأنه: "الشخص الذي يعجز عن استخدام بصره في الحصول على المعرفة، وعن تلقى العلم في المدارس العادية، وبالطرق العادية، والمناهج الموضوعة للشخص العادي" (إبراهيم شعير، ٢٠٠٩، ٥٢).

تعرف بارجا Baraga الكفيف بأنه: "الشخص الذي يتعارض تحصيله الدراسي مع مستوى التعليم المدرسي العادي إذا لم تتوافر التعديلات اللازمة في طبيعة، وطرق تقديم الخبرات التعليمية، والبيئة التعليمية المناسبة" (في: إبراهيم شعير، ٢٠٠٩، ٥٢).

ويعرف الكفيف بأنه: "الشخص الذي فقد القدرة على الرؤية بالعين المجردة، أو باستخدام النظارة الطبية، ولا يستطيع اكتساب المعرفة عن طريق العين؛ بل بالاعتماد على حواس أخرى، ويمكنه تعلم القراءة، والكتابة بطريقة برايل" (عبد الفتاح الشريف، ٢٠١١، ٣٢٠).

كما يعرف للمكفوفين بأنهم: "الذين تحُول إعاقتهم دون تعلمهم بالوسائل العادية؛ فهم بحاجة إلى تعديلات في المواد التعليمية، وفي أساليب التدريس، وفي البيئة المدرسية " (فؤاد الجوالده، ٢٠١٢، ٣٠).

يستنتج الباحث من التعريفات التربوية للكفيف أنها اعتمدت بشكل أساسي على مدى أثر عدم الرؤية، وفقدان الإبصار، أو ضعف البصر على التعلم، وليس على توظيف بعض الاستراتيجيات التعليمية، والعلاجية لتعويض العجز والفقدان؛ وعليه يمكن القول: أن المكفوف هو الشخص الذي يتعلم من خلال توظيف حواسه السمعية، واللمسية.

التعريف الطبي لكف البصر:

تعتمد التعريفات الطبية للإعاقة البصرية على المحدد الوظيفي لأجهزة العين، ودرجة وحدة الإبصار للعين، لذلك نجد أن التعريفات الطبية تفرق بين المعاقين بصريًا؛ فهناك إعاقة بصرية يمكن علاجها بتحسين أداء العين، وإعاقة بصرية لا تقبل العلاج، وتبقى الشخص عاجزاً بقصور في وظائف العين.

ويعد كف البصر من المنظور الطبي بمثابة ضعف في أي مكان في الوظائف الخمسة التالية، البصر المركزي، والبصر المحيطي، والبصر الثنائي، والتكيف البصري، ورؤية الألوان، وبذلك تعجز العين عن القيام بوظيفتها على الوجه المطلوب، إذ يضعف البصر على أثر ذلك إلى الدرجة التي تعجز فيها القيام بأي عمل يحتاج أساساً للرؤية (عادل عبد الله، ٢٠٠٤، ٦٣).

ويشير التعريف الطبي للمكفوفين إلى أنهم يعانون من قصور، أو إخفاق في رؤية العين، أو في أي مكون من مكوناتها في إدراك الأشياء عن طريق الرؤية المباشرة، فكل شخص فقد حاسة البصر تماماً يطلق عليه الكفيف، ومن فقد جزءاً منها ويطلق عليه ضعيف البصر (أعشى) (إبراهيم شعير، ٢٠٠٩، ٥٣).

ويعرف الكفيف طبياً بأنه: "الشخص الذي تقل حدة إبصاره عن (٢٠/٢٠٠) قدم في أفضل العينين بعد التصحيح، ومجاله البصري محدود لا يزيد عن (٢٠) درجة" (عبد الفتاح الشريف، ٢٠١١، ٣١٩).

كما تعرف الإعاقة البصرية بأنها: "فقد الرؤية بالجهاز المخصص لهذا الغرض – وهو العين – وهذا الجهاز يعجز عن أداء وظيفته إذا أصابه خلل؛ وهو إما خلل طارئ كالإصابة في الحوادث، أو خلل خلقي يولد به الشخص" (إيهاب الببلاوي، ٢٠١٣، ٢٩١).

يتضح مما سبق ؛ أن الكفيف يتحدد مجاله البصري في حدود (٢٠) درجة فقط، وهذا يعني أن ما يستطيع الشخص العادي رؤيته على بعد (٢٠٠) قدم لا يستطيع الكفيف من رؤيته على بعد (٢٠) قدم، وهي حالة على مستوى محدود، وذات صعوبة بالغة في تأدية الوظائف البصرية للعين.

التعريف القانوني لكف البصر:

تأتي أهمية التعريفات القانونية من جهة أنها تحدد التفسير القانوني للكفيف، التي تقدر مدى أهلية الفرد للحصول على مختلف الخدمات التي يقدمها المجتمع للمعاقين بصرياً، خاصة في المجتمعات التي يلزم فيها القانون تقديم امتيازات مادية، أو تربوية، أو تسهيلات أخرى لهم، وهذا يعنى أن كل دولة تحتاج إلى أن تضع التشريعات المناسبة التي تحفظ للشخص فاقد البصر حقوقه القانونية (سري بركات، ٢٠١٤).

حيث يعرف الكفيف بأنه: الشخص الذى ليس لديه القدرة على الرؤية أو عدم القدرة التامة على استقبال المثيرات البصرية، ويحدد من الناحية القانونية على أنه من كانت قوة الابصار لديه تساوي (٢٠/٢٠٠) في العين الأقوى مع استخدام الوسائل المصححة أو المحسنة للإبصار (جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافى، ١٩٨٩، ٤٣٦-٤٣٧).

التعريف الاجتماعي لكف البصر:

يتحدد كف البصر من المنظور الاجتماعي في ضوء عدة اعتبارات وهي:

- الحاجة إلى قيادة أو مساعدة الغير في البيئة غير المعروفة.
- عدم القدرة على التفاعل بصورة ناجحة مع الغير.
- عدم القدرة على التواصل الجيد.
- عدم إدراك الإشارات الاجتماعية.
- عدم القدرة على القيام بالدور المنوط به في المجتمع. (عادل عبد الله، ٢٠٠٤، ٦٣)

ويعرف محمد سيد فهمي (١٩٨٣) بأنه الشخص الذي يستطيع أن يجد طريقة دون قيادة في بيئة غير معروفة لديه، أو كانت على الإبصار عديمة القيمة، أو كانت قدرة بصره من الضعف بحيث يعجز عن مراجعة عمله اليومي (في: رشا فايد، ٢٠٠٤، ١٧).

وتؤثر الإعاقة البصرية في السلوك الاجتماعي للفرد تأثيراً سلبياً نتيجة الصعوبات التي تواجهه في عمليات التفاعل الاجتماعي، واكتساب المهارات الاجتماعية، ولمحدودية القدرات الحركية، وعدم القدرة على ملاحظة سلوك الآخرين، وعليه فإن المكفوفين من حيث الخصائص السيكولوجية لديهم مشكلات نفسية، واجتماعية ترجع للإعاقة البصرية بالدرجة الأولى (سري بركات، ٢٠١٤، ٩٧).

ويري الباحث أن التعريفات الطبية، والقانونية اعتمدت على حدة الابصار، والمجال البصري، فالكفيف هو شخص يعاني من فقدان القدرات البصرية بدرجة لا يستطيع معها الاعتماد على البصر، ولا يمكن تحسن الوظائف البصرية لديه، وهي تعوقه عن إدراك الأشياء بآلة الإبصار الطبيعية.

كما أن التنوع في تعريفات كف البصر أسهم في إثراء البحث العلمي في مجال الإعاقة البصرية، وأدى إلى استحداث الوسائل والأدوات، والبرامج المساعدة، والوقائية، والعلاجية للتغلب على مشكلاتهم الحياتية، وتخفيف الآثار النفسية التي تعوق النمو السوي، وتحفزهم للتعلم والتعليم دون الاحساس بالفقدان الكامل للقدرة البصرية.

ويقصـــد بالكفيف في الدراســـة الحالية بأنه: الفرد الذي يتراوح عمره الزمني ما بين (١٣ – ١٩) ســـنة، والذي فقد البصـــر كلية منذ الولادة أو قبل ســـن الخامســـة، وتقل حدة إبصـــاره عن ٦٠/٦(٢٠/٢٠٠) أو أقل بعد التصـــحيح، وخالي من أي إعاقة أخرى غير كف البصـــر، مما يتطلب منه أن يعيش ويتعلم ويتعامل مع البيئة الخارجية من خلال الاســـتعانة بالحواس الأخرى غير حاسة البصر، كما أنه مقيد بإحدى مدارس المعاقين بصريًا.

ويرجع اختيار مرحلة المراهقة لأنها تعتبر مرحلة تغيير جذري شـديد في جسـم المراهق تؤثر على اتجاهاته نحو ذاته ونحو ذوات الآخرين، كما أنها فترة انتقال من الطفولة إلى الرشـــد، ويتعرض فيها المراهق لمجموعة من التغيرات والمتناقضات الثقافية والاجتماعية، الأمر الذي قد يجعله أكثر عرضة للإحباط والصراع والقلق والخجل.

ثالثًا: تصنيف كف البصر:

في ضـوء العرض السـابق لمفاهيم الإعاقة البصـرية يمكن القول بأن مصـطلح الإعاقة البصـرية يشـــير إلى درجات متفاوتة من الفقدان البصـــري تتراوح بين حالات العمى، وحالات الإبصـــار الجزئي، وعلى ضوء ذلك يصنف المعوقين بصريًا ضمن فئتين رئيستين وهما:

الأولى: فئة المعوقون بصريًا كليًا Totally visually impaired:

هم أولئك الأفراد الذين لا يملكون الإحساس بالضـوء ولا يرون شـيئاً على الإطلاق، ويتعين عليهم الاعتماد على حواسهم الأخرى في حياتهم اليومية وتعليمهم.

الثانية: فئة المعوقون بصريًا جزئيًا Partially visually impaired:

هم أولئك الأفراد الذين يملكون بقايا بصـــرية يمكنهم الإفادة منها في التوجه والحركة وعمليات التعلم المدرسي سواء باستخدام المعينات البصرية أو بدونها.

(عبد المطلب القريطي، ٢٠٠٥، ٣٨٧)

كما تصنف أيضًا من جهة مصدر التشخيص، سبب الإصابة، درجة الإصابة، زمن الإصابة، تأثير الإصابة ومستقبل الإصابة كما هو موضح بالجدول التالي:

جدول (١)

تصنيف كف البصر من حيث التشخيص وسبب الإصابة ودرجتها وزمنها وتأثيرها

من حيث مصدر التشخيص	من حيث سبب الإصابة	من حيث درجة كف البصر	من حيث زمن الإصابة	من حيث تأثير الإصابة	من حيث مستقبل الإصابة
– لغوي (أعمى، أكمه، ضرير، عاجز، مكفوف) – طبي – نفسي – كف هستيري – عمى عقلي – عمى لفظي	– وراثية – نفسية – تشريحية – بيئية – غير محددة	– كف كلي – كف جزئي – إبصار جزئي	– ولادية – إصابة مبكرة – إصابة متأخرة	– اقتصادي – مهني – اجتماعي – تربوي	– دائمة – مؤقتة

(عبد الرحمن إبراهيم حسين، ٢٠٠٣، ٢٧)

وتصنف منظمة الصحة العالمية WHO الإعاقة البصرية في الجدول التالي:

جدول (٢)

تصنيف منظمة الصحة العالمية للإعاقة البصرية

التصنيف	درجة الإعاقة	حدة الإبصار بعد التصحيح	ملاحظات
طبيعي Normal	لا توجد	أكثر أو مساوي لمستوى ٦/٧،٥	مقارب للطبيعي
ضعيف البصر Low Vision	بسيطة	أقل من ٦/٧،٥	هاتان الفئتان تستطيعان عد أصابعهم على بعد ستة أمتار
	متوسطة	أقل من ٦/١٨	
	شديدة	أقل من ٦/٤٨	

الكف البصري Blindness	شديد	أقل من ٦٠/٣	يستطيع عد الأصابع على بعد ٣ أمتار
	شبه كلي	أقل من ٦٠/١	يستطيع عد الأصابع على بعد متر واحد
	كلي	لا يرى الضوء نهائياً No light Perception	لا يرى شيئًا مطلقاً وقد يتضمن غياب العين أساساً

رابعًا: أسباب كف البصر:

تعود الإعاقة البصرية إلى عوامل عديدة ومختلفة، فمنها ما يولد به الطفل نتيجة لعوامل وراثية أو إصابة الأم أثناء الحمل، ومنها ما يحدث له بعد الميلاد نتيجة إصابته بمرض أو حادثة، وعلى هذا يمكن تصنيف أسباب الإعاقة البصرية إلى:

أ) أسباب وراثية ب) أسباب بيئية جـ) أسباب تشريحية

(أ) الأسباب الوراثية:

وترجع إلى عوامل جينية بيولوجية تنتقل من الوالدين أو أحدهما ومنها ضمور الشبكية وأخطاء الإبصار مثل قصر النظر وطوله البسيطة وعمى الألوان وغيرها.

والعوامل الجينية المسببة للإعاقة البصرية تكون مباشرة مثل الجينات الوراثية المنتخبة أو السائدة والتي تؤدي إلى تلف الدماغ والجهاز العصبي مما يسبب أحياناً فقدان البصر. أو عوامل جينية غير مباشرة مثل اضطرابات التمثيل الغذائي وخاصة عامل الريزيس، وهو اختلاف دم الجنين عن دم الأم بشكل يؤدي إلى أن يقوم دم الأم بتكوين أجسام مضادة لدم الطفل تسبب له مضاعفات (خليل المعايطة وآخرون، ٢٠٠٠، ٤٤).

وقد أوضح " كيرك وآخرون Kirk, et al " أن الوراثة وحدها تقف وراء(٦٧%) من الإعاقة البصرية، ومن العوامل الوراثية حدوث عتمة خلف عدستي العين (المياه البيضاء) وحالات الجلوكوما الخلقية (المياه الزرقاء) (عبد المطلب القريطي، ٢٠٠٥، ٣٦٠).

(ب) الأسباب البيئية:

وتتمثل في الأمراض المعدية، والأمراض غير المعدية، ومؤثرات ما قبل الولادة ومؤثرات أثناء الولادة وما بعد الولادة.

- أسباب ما قبل الولادة: وتشمل إصابة الأم أثناء الحمل ببعض الأمراض المعدية مثل الحصبة الألمانية والزهري، وتعرض الأم الحامل لأشـــعة اكس X وتعاطيها للعقاقير والأدوية دون اسـتشـارة الطبيب، سـواء التغذية بالنسـبة للأم، عدم توافر الأكسـجين للجنين، تعرض الأم الحامل للحوادث المفاجئة كاضـطرابات في إفرازات الغدد (خليل المعايطة وآخرون، ٢٠٠٠، ٤٣).
- أسـباب أثناء الولادة: وتشـمل نقص الأكسـجين والولادة المعسـرة، والولادات المبتسـرة، وتكون مسئولة عن (١٠%) من حالات الإصابة بالإعاقة البصرية.
- أسباب ما بعد الولادة: وتشمل زيادة نسبة الأكسجين في حضانات الأطفال المبتسرين والتي تكون مسئولة عن نسبة تزيد عن (١٠%) من الإعاقة البصرية، والأمراض التي تصيب العين والإصابات الناجمة عن الحوادث. (عبد المطلب القريطي، ٢٠٠٥، ٣٦١)

(ج) الأسباب التشريحية:

وهي من أسباب تعطل العين عن أداء وظيفتها وتنقسم إلى:

- أسـباب خارجية: تتعلق بكرة العين، وتشـمل عيوب الأجزاء المكونة للعين كالطبقة القرنية والشبكية، والعدسة.
- أسباب داخلية: تتعلق بالعصب وبالمراكز العصبية بالدماغ.

(زينب شقير، ٢٠٠٦، ١٥٤ – ١٥٥)

خامسًا: العوامل المؤثرة في شخصية الكفيف:

هناك عوامل مختلفة تؤثر في شخصية المكفوفين وعلى أساسها تتشكل خصائصهم الوجدانية والعقلية واللغوية، ومن بين هذه العوامل ما يلي:

١. توقيت حدوث الإصابة: فالطفل الذي يصاب بالإعاقة البصرية قبل سن الخامسة لا يستطيع استرجاع الخبرات البصرية التي مر بها ويكاد يتساوى مع من ولد فاقدًا للبصر، بعكس الفرد الذي فقد بصره بعد سن الخامسة.

٢. درجة الإعاقة البصرية: حيث لا يتساوى الأعمى الذي لا يرى كلية، ومن لديه بقية من إبصار يمكنه الاعتماد معها على نفسه إلى حد ما، كما تتحدد شدة الإصابة نوع التعليم الذي سيتلقاه الفرد عن طريق الحواس الأخرى.

٣. موقف المعاق من العمى: فإذا كان متقبلاً كان نظرته متفائلة وإيجابية، وإذا كان رافضًا لذلك فسيعاني الصراعات النفسية والإحباط والشعور بالفشل والدونية.

٤. الاتجاهات الاجتماعية نحو المعاق بصريًا: حيث تلعب الاتجاهات الاجتماعية والوالدية التي يتبناها المحيطون بالطفل المعاق بصريًا دوراً بالغاً في التأثير على شخصيته وخصائصه، وتتراوح هذه الاتجاهات بين الرفض والإهمال والنبذ وعدم القبول، أو العطف المبالغ فيه والشفقة والحماية الزائدة وهذان الاتجاهان يؤثران سلباً على شخصية الطفل المعاق بصريًا كما الحال بالنسبة إلى الطفل المبصر. أما الاعتدالية والإيجابية والموضوعية في التعامل مع المعاقين بصريًا بشكل واقعي يساعدهم على تنظيم شخصيتهم بما يحقق لها النضج النفسي والاستقلالية والشعور بالاكتفاء الذاتي والثقة بالنفس.

(عبد المطلب القريطي، ٢٠٠٥، ٣٦٨ – ٣٦٩)

سادسًا: خصائص شخصية الكفيف:

تتأثر الكثير من خصائص الفرد بالإعاقة البصرية، لما لها من تأثيرات كثيرة على مظاهر النمو المختلفة تعتمد على درجة هذه الإعاقة ونوعها ومسبباتها ووجود الفرص المتاحة للنمو، فضلاً عن الظروف البيئية المحيطة بالمعاق بصريًا مثل الاتجاهات الأسرية والاجتماعية وطبيعة الخدمات التربوية والتأهيلية والنفسية والاجتماعية التي تقدم للمعاق بصريًا.

وعلى الرغم من صـــعوبة تحديد خصـــائص معينة يمكن أن يندرج تحتها جميع المعاقين بصـــريًا بفئاتهم ودرجاتهم المختلفة وذلك لأنهم مجموعة غير متجانســـة إلا أن العديد من الدراســـات التي تناولت هذه الفئة من المعاقين قد ألقت الضـــوء على بعض الخصـــــائص، وذلك نظرًا لبروزها وارتباطها بالجانب التربوي والتأهيلي لهم.

أهم خصائص المكفوفين فيما يلي:

(١) الخصائص العقلية والمعرفية: Mental & Cognitive Characteristics:

يمكن تلخيص أهم الخصائص العقلية لديهم فيما يلي:

- لا توجد فروق بينهم وبين المبصرين في القدرة على التفكير.
- معدل ذكائهم أقل من أقرانهم المبصـــرين، وأرجع البعض ذلك إلى أن مقاييس الذكاء المستخدمة قد تم إعدادها أساساً للمبصرين.
- معدل أدائهم على اختبارات تتابع الذاكرة البصرية والترابط البصري أقل من المتوسط.
- معلوماتهم العامة أقل من المبصرين، وقصور في نمو الخبرات.
- يصعب عليهم أن يعبروا عن ذكائهم الفطري عن طريق الاختبارات فقط.
- تتفاوت قدرتهم الإدراكية تبعًا لدرجة فقدانهم البصري.
- لا يمكنهم ممارسة النشاط التخيلي باستخدام عناصر بصرية.
- التصور البصري لديهم عبارة عن اقتران لفظي تم حفظه.
- يعتمد المعاقين بصـــريًا(ولاديًا أو قبل ســـن الســـابعة) في تكوينهم للمفاهيم الأولية والإدراك الشكلي على الأفكار وأساليب بديله ومختلفة عما يستخدمه المبصرون.

(عبد المطلب القريطي، ٢٠٠٥، ٣٧٦ – ٣٧٧)

(٢) خصائص التوجيه والحركة: Mobility & Orientation Characteristics:

يشتمل مفهوم التوجيه والحركة على مصطلحين متلازمين هما:

- التوجيه: Orientation:

ويعرف بأنه عملية اســـتخدام الحواس لتمكين الشـــخص من تحديد نقطة ارتكازه وعلاقته بجميع الأشياء الأخرى المهمة في بيئته.

- الحركة: Mobility:

وتعرف بأنها قدرة واستعداد الفرد على التنقل والتوجيه يمثل الجانب العقلي في عملية التنقل، بينما تمثل الحركة الجهد البدني المتمثل في الأداء السلوكي للفرد.

(عبد الرحمن حسين، ٢٠٠٣، ٥٦ – ٥٧)

ومن أهم الخصائص الحركية للمكفوفين:

- قصور في المهارات الحركية.
- يستخدم الشخص الكفيف في تنقله من مكان إلى آخر جميع حواسه ما عدا حاسة البصر.
- يواجه صـعوبة في ممارسـة سـلوكيات الحياة اليومية مما يعرضـه للإجهاد العصـبي والتوتر النفسي والشعور بانعدام الأمن إلى جانب الارتباك في المواقف الجديدة.
- تتسم حركته بالحذر واليقظة حتى لا يصطدم بعقبات نتيجة تعثره بأي شيء أمامه.
- حركته محدودة نتيجة قدرته المحدودة على إدراك الأشـــياء وخاصـــة البعيد منها إلى جانب حرمانه من المثيرات البصرية.
- يعاني من بعض اللازمات الحركية مثل فرك العينين، والتلويح بالذراعين، وهز الرأس والساقين.
- تزداد المشكلات الحركية والقصور الحركي لديه كلما اتسع نطاق بيئته أو ازدادت تعقيدًا.

(عادل عبد الله، ٢٠٠٤، ٣٢٦)

(٣) الخصائص التعليمية: Educational characteristics:

ومن أهم الخصائص التعليمية للمكفوفين:

أ- بطء معدل سرعة القراءة سواء كانت المادة مطبوعة بطريقة برايل أو بالأحرف العادية.

ب- لا يختلفوا عن المبصـــرين في قدرتهم على التعلم والاســـتفادة من المنهج التعليمي بشـــكل جيد.

ج- توجد لديهم أخطاء في القراءة الجهرية.

د- خصائص أكاديمية أخرى خاصة بالمبصرين جزئيًا:

- قصور في تحديد معالم الأشياء البعيدة.
- قصور في تحديد معالم الأشياء الدقيقة الصغيرة.
- مشاكل في تنظيم وترتيب الكلمات والسطور.
- الإكثار من التساؤلات والاستفسارات للتأكد من صحة ما يسمعون أو يرون.
- مشاكل في تنقيط الكلمات والحروف ورداءة خطهم.(عادل عبد الله، ٢٠٠٤، ٣٢٨)

(٤) الخصائص الاجتماعية: Social characteristics:

ومن أهم الخصائص الاجتماعية للمكفوفين:

- تؤثر الإعاقة البصرية سلبيًا على التفاعل الاجتماعي واكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلالية والشعور بالاكتفاء الذاتي.
- يجد صعوبة في تكوين الصداقات خوفًا من الغرباء مع اللجوء إلى العزلة أو الوحدة.
- لا يســتطيع اســتخدام الإشــارات الاجتماعية الخاصــة بالتواصــل غير اللفظي مثل تعبيرات الوجه.
- أقل تقبلاً للآخرين، وأقل شعورًا بالانتماء للمجتمع من المبصرين.
- أكثر انسحابًا من المواقف الاجتماعية، وأكثر استخدامًا للحيل الدفاعية عن سلوكهم.
- غياب الاتصال بالعين بينه وبين المتحدث مما قد يفسره البعض بأنه عدم اهتمام أو تهرب.
- قد ينجح المعاق بصـريًا في إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، وخاصـة في مجال الأسـرة والعمل. (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠١، ٥٦ – ٥٧)

(٥) الخصائص الانفعالية: Emotional characteristics:

يمكن تلخيص أهم الخصائص الانفعالية للكفيف فيما يلي:

- تؤثر الإعاقة البصرية سلبيًا على مفهوم الفرد عن ذاته وعلى صحته النفسية.
- سوء التكيف الشخصي والاجتماعي والانفعالي.
- اضطرابات نفسية وأكثرها القلق نتيجة الشعور بالعجز والدونية والإحباط والتوتر.
- فقدان الشعور بالطمأنينة والأمن.
- عدم الثقة واختلال صورة الجسم.
- كثرة استخدام الحيل الدفاعية المختلفة كالكبت والتبرير والتعويض والانسحاب.
- السلوك العصبي، والعدوانية والغضب والخضوع. (إيهاب الببلاوي، ٢٠٠١، ٣٢)

وجدير بالذكر أن المجتمع بكل مكوناته والأسـرة بكافة عناصـرها لها دورًا رئيسـيًا في طبيعة السمات والخصائص النفسية للمكفوفين، حيث أن ممارستهم وتوجهاتهم السلبية نحو المعاقين قد تكون الدافع الأساسي وراء ما يشعر به الكفيف من مشاعر النقص والحرمان والإحباط والصراع والسلبية، وكل ذلك وبالتالي يكون ذا أثرًا على مستوى توافقهم النفسي بكل أبعاده سواء الشخصي والمتمثل في رضاه عن ذاته، وكذلك المدرسي والمتضمن لشعوره بالقبول والتفاعل الإيجابي مع بيئته المدرسية.

ومن خلال العرض السابق للخصائص يجد الباحث أن هناك ترابطًا واتصالاً بين الخصائص الاجتماعية والانفعالية التي يتركها كف البصر على حياة الكفيف فالجانب اللُغوي يؤثر على الجانب الاجتماعي، وكذلك الجانب الحركي يؤثر على الجانب الانفعالي، والأخير يتأثر بالجانب الاجتماعي... وهكذا فهي سلسلة متصلة الحلقات لا يمكن فصل أحدهما عن الآخر، فليست هناك حدود فاصلة بين ماهر انفعالي واجتماعي وحركي ولغوي وتعليمي فكل منها ينبع من وعاء واحد ألا وهو شخصية الكفيف فحدوث اضطراب في أحد الجوانب تؤثر بالسلب على الجوانب الأخرى.

قائمة المراجع

١- إبراهيم محمود أبوالهدى (٢٠٠٦) . فاعلية برنامج إرشادى لتحفيف مستوى القلق لدى عينه من المراهقين بصرياً . رسالة ماجستير، كلية التربيه ، جامعة عين شمس .

٢- أحمد محمد جاد الرب أبوزيد (٢٠١٠) . طيب الحياه النفسيه لدى أباء الأطفال المتخلفين عقلياً ، المؤتمرالعلمى السابع لكلية التربيه ، جامعة كفرالشيخ ، جودة الحياه كإستثمارللعلوم التربويه والنفسيه فى الفتره من ١٣ - ١٤ إبريل ، ص ص ٥٢٩ - ٥٨٢ .

٣- أحمد محمد عبدالخالق (٢٠١٦) . الضغوط والأمراض مدخل فى علم نفس الصحه ، القاهره مكتبة الأنجلوالمصريه .

٤- أحمد نايل الغرير، أحمد عبداللطيف أبوسعد (٢٠٠٩) . التعامل مع الضغوط النفسيه ، عمان دارالشرق .

٥- أشرف محمد عبدالحليم (٢٠٠٧) . فاعلية برنامج للعلاج بالمعنى فى خفض قلق الموت لدى عينه من الشباب ، رسالة دكتوراه ، كلية التربيه ، جامعة عين شمس .

٦- آمال عبدالسميع باظه (٢٠١٢) . جودة الحياه النفسيه ، القاهره ، الأنجلوالمصريه .

٧- أمل إبراهيم أبوبكر(٢٠١٥) . مستوى الضغوط النفسيه لمرضى السكرى وعلاقتها بجودة الحياه . رسالة ماجستير. كلية التربيه ، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا .

٨- أميره مصطفى عبدالقادر (٢٠٠٥) . الضغوط النفسيه لمرضى السكرى وعلاقتها بالصحه النفسيه . رسالة ماجستير ، كلية التربيه ، جامعة الخرطوم .

٩- آيات فوزى على الدميرى (٢٠١٥) . فعالية برنامج إرشادى عقلانى إنفعالى لتحسين مستوى الرفاهيه النفسيه المدركه فى تقديرالذات والطمأنينه النفسيه وأساليب مواجهة الضغوط لدى عينه من طلاب الجامعه . رسالة دكتوراه ، كلية التربيه ، جامعة دمنهور .

١٠- بسمه أحمد السيد عويس (٢٠١٢) . فاعلية برنامج الإرشاد بالمعنى فى تخفيف الضغوط النفسيه لدى المراهقات الكفيفات . رسالة ماجستير، كلية التربيه ، جامعة جنوب الوادى .

١١- تشيلى تايلور (٢٠٠٨) . علم النفس الصحى . ترجمة : وسام درويش بريك ، وفوزى شاكرداود . عمان ، الأردن : دار الحامد للنشروالتوزيع .

١٢- تنهيد عادل البيرقدار(٢٠١١) . الضغط النفسى وعلاقته بالصلابه النفسيه لدى طلبة كلية التربيه ، مجلة أبحاث كلية التربيه ، جامعة الموصل ، بغداد ، مجلد ١١ ، ع ١ ، ص ص ٢٨ – ٥٦ .

١٣- حرم الشيخ إدريس (٢٠١٠) . الضغوط النفسيه وعلاقتها ببعض المتغيرات بولاية الخرطوم رسالة ماجستير غيرمنشوره ، جامعة الخرطوم .

١٤- حسام الدين محمود عزب (٢٠٠٤) . برنامج إرشادى لخفض الإكتئابيه وتحسين جودة الحياه لدى عينه من معلمى المستقبل ، مؤتمرالتعليم للجميع " التربيه وآفاق جديده فى تعليم الفئات المهمشه فى الوطن العربى " ، المؤتمر العلمى السنوى الثانى عشرمن ٢٨ – ٢٩ مارس ، مجلة كلية التربيه ، جامعة عين شمس .

١٥- حسن مصطفى عبدالمعطى (٢٠٠٥) . الإرشاد النفسى وجودة الحياه فى المجتمع المعاصر، المؤتمر العلمى الثالث . الإنتماء النفسى والتربوى للإنسان العربى ، كلية التربيه ، جامعة الزقازيق ، المجلد الأول .

١٦- حسن مصطفى عبدالمعطى (٢٠٠٧) . المقاييس النفسيه المقننه ، الرياض ، مكتبة زهراء الشرق .

١٧- حنان مجدى صالح سليمان (٢٠٠٩) . المسانده الإجتماعيه وعلاقتها بجودة الحياه لدى مريض السكر المراهق . رسالة ماجستير(غير منشوره) ، كلية التربيه ، جامعة الزقازيق .

١٨- حرم الشيخ إدريس (٢٠١٠) . الضغوط النفسيه وعلاقتها بالمتغيرات بولاية الخرطوم . رسالة ماجستيرغيرمنشوره ، جامعة الخرطوم .

١٩- خالد غازى المطيرى (٢٠١٠) . فعالية برنامج إرشادى فى التخفيف من الضغوط النفسيه لدى عينه من طلبة المرحله الثانويه فى دولة الكويت . رسالة دكتوراه ، كلية التربيه ، جامعة طنطا .

٢٠- داليا سامى إسماعيل العبد (٢٠١٤) .الضغوط النفسيه لدى طلاب الجامعه وأساليب مواجهتها وعلاقتهما بالمسئوليه الإجتماعيه وجودة الحياه والتحصيل الدراسى . رسالة ماجستير ، معهد البحوث والدراسات العربيه ، جامعة الدول العربيه .

٢١- رانيا الصاوي عبده عبد القوي (٢٠١٣) . فاعلية برنامج إرشادي عقلاني إنفعالي لخفض الضغوط النفسيه والأفكار اللاعقلانيه وتحسين مستوي الرضا عن الحياه لطالبات جامعة تبوك . دراسات نفسيه وتربويه (مركز تطوير الممارسات النفسيه والتربويه) ، جامعة تبوك ، المملكه العربيه السعوديه .

٢٢- رغداء على نعيسه (٢٠١٢) . جودة الحياه لدى طلبة جامعتى دمشق وتشرين ، مجلة جامعة دمشق ، المجلد ٢٨ ، العدد الأول ، ص ص ١٤٥ - ١٨١ .

٢٣- رئيفه رجب عوض (٢٠٠٠) . فعالية العلاج السلوكى المعرفى فى تخفيض الضغوط النفسيه والسلبيه لدى المراهقين من الجنسين . رسالة دكتوراه غيرمنشوره ، كلية التربيه ، جامعة طنطا .

٢٤- زينب محمود شقير(٢٠٠٢) . الأمراض السيكوسوماتيه ، القاهره ، مكتبة الهضه .

٢٥- زينب محمود شقير (٢٠٠٥) . الشخصيه السويه والمضطربه . القاهره ، مكتبة النهضه المصريه .

٢٦- زينب محمود شقير (٢٠١٠) . مقياس تشخيص معاييرجودة الحياه (للعاديين وغيرالعاديين) . القاهره ، مكتبة الأنجلوالمصريه .

٢٧- سامى أحمد حميده (٢٠٠٣) . فاعلية برنامج للعلاج بالمعنى فى خفض مستوى العصابيه لدى عينه من الشباب الجامعى السعودى . رسالة دكتوراه ، كلية التربيه ، جامعة عين شمس .

٢٨- سامى هاشم (٢٠٠١) . جودة الحياه لدى المعوقين جسمياً والمسنين وطلاب الجامعه . مجلة الإرشاد النفسى ، مركز الإرشاد النفسى ، جامعة عين شمس . العدد الثالث عشر، ص ص ١٣٥ - ١٧٦ .

٢٩- سمرصلاح محمود السيد (٢٠١٠) .فاعلية برنامج إرشاد بالمعنى لتنمية مهارات التعامل مع الضغوط لدى عينه من المعلمات . رسالة ماجستير، كلية التربيه ، جامعة عين شمس .

٣٠- سميره أحمد طرج (٢٠١٣) . تقدير الذات وفاعلية الأنا عند المراهق المصاب بداء السكرى رسالة ماجستير ، كلية العلوم الإنسانيه والإجتماعيه ، جامعة محمد خضير، بسكره .

٣١- سميره على أبوغزاله (٢٠٠٧) . فاعلية الإرشاد بالمعنى فى تخفيف أزمة الهويه وتحسين المعنى الإيجابى للحياه لدى طلاب الجامعه ، المؤتمر الثانوى الرابع عشر، مركز الإرشاد النفسى جامعة عين شمس ، المجلد الأول ، ص ص ١٥٧ - ٢٠٢ .

٣٢- سيد أحمد البهاص (٢٠٠٩) . فعالية الإرشاد بالمعنى فى خفض قلق العنوسه وتحسين الحياه لدى طالبات الدراسات العليا المتأخرات فى سن الزواج ، المجله المصريه للدراسات النفسيه العدد (٦٥) ، المجلد التاسع عشر، أكتوبر ، ص ص ١٦٨ - ٢١٣ .

٣٣- سيد أحمد البهاص (٢٠١١) . سيكولوجية غيرالعاديين (إعاقات جسميه وصحة وإضطرابات سلوكيه) ، كلية التربيه ، جامعة طنطا .

٣٤- سيد محمد صبحى (٢٠٠٧) . الشباب والضغوط النفسيه ، القاهره ، ميديا برنت للطباعه .

٣٥- سيد عبدالعظيم محمد (٢٠٠٦) . فعالية التحليل بالمعنى فى علاج خواء المعنى وفقدان الهدف فى الحياه لدى عينه من طلاب جامعة الإمارات العربيه المتحده . المؤتمرالسنوى الثالث عشر(الإرشاد من أجل التنميه المستدامه للفرد والمجتمع) مركز الإرشاد النفسى ، جامعة عين شمس ، ص ص ١١١ – ١٥١ .

٣٦- سيد عبدالعظيم محمد ، محمد عبدالتواب معوض (٢٠١٢) . العلاج بالمعنى "النظريه ، الفنيات ، التطبيق" ، القاهره ، دارالفكرالعربى .

٣٧- صالحه مصباح أرجومة أغنيه (٢٠١١) . برنامج إرشادى لتحسين جودة الحياه كمدخل لخفض مستوى القلق لدى طالبات الجامعه . رسالة دكتوراه (غيرمنشوره) ، كلية البنات والعلوم والتربيه ، جامعة عين شمس .

٣٨- صبحى عبدالفتاح الكفورى (٢٠٠٠) . فاعلية برنامج علاجى سلوكى معرفى فى إدارة الضغوط النفسيه لدى عينه من طلاب كلية التربيه ، مجلة البحوث النفسيه والتربويه ، كلية التربيه ، جامعة المنوفيه ، العدد (١٥) ، ص ص ٩٧ – ١٥٩ .

٣٩- صبحى عبدالفتاح الكفورى (٢٠١٠) . جودة الحياه لدى مرضى السرطان ودورالإرشاد النفسى فى تحقيقها . المؤتمرالعلمى السابع لكلية التربيه " جودة الحياه كإستثمارللعلوم التربويه والنفسيه " فى الفتره من ١٣ – ١٤ إبريل ، جامعة كفرالشيخ ، ص ص٦١ – ٦٢ .

٤٠- صلاح الدين محمد توفيق (٢٠١٠) . فلسفة جودة الحياه للطفوله العربيه المعاقه ، ورقة عمل مقدمه فى المؤتمرالعلمى السابع لكلية التربيه ، جودة الحياه كإستثمارللعلوم التربوييه والنفسيه ، جامعة كفرالشيخ ، فى الفتره من ١٣ – ١٤ ابريل ، ص ص ٨٧ – ١٢٠ .

٤١- صلاح فؤاد مكاوى (١٩٩٧) . فاعلية برنامج العلاج بالمعنى فى خفض مستوى الإكتئاب لدى عينه من الشباب الجامعى . رسالة دكتوراه ، كلية التربيه ، جامعة عين شمس .

٤٢- طه عبدالعظيم محمد (٢٠٠٦) . فاعلية التحليل بالمعنى فى علاج خواء المعنى وفقدان الهدف فى الحياه لدى عينه من طلاب جامعة الإمارات العربيه المتحده ، المؤتمرالثانوى الثالث عشر (الإرشاد من أجل التنميه المستدامه للفرد والمجتمع) ، مركز الإرشاد النفسى ، جامعة عين شمس ، ص ص ١١١ – ١٥١ .

٤٣- طه وسلامه عبدالعظيم حسين (٢٠٠٦) . إستراتيجيات إدارة الضغوط التربويه والنفسيه ، الأردن ، دارالفكر .

٤٤- عاطف مسعد الحسينى (٢٠١١) . قلق المستقبل والعلاج بالمعنى ، القاهره ، دارالفكرالعربى .

٤٥- عبيرعبده عبدالرحمن الشرقاوى (٢٠١٣) . جودة الحياه وعلاقتها بالضغوط النفسيه المهنيه لدى المعلمات المبتكرات فى مرحلة ما قبل المدرسه . رسالة ماجستير(غيرمنشوره) ، كلية رياض الأطفال ، جامعة القاهره .

٤٦- عادل حامد حسن بشير (٢٠٠٦) . المرجع فى التأثيرات الجلديه والجنسيه لداء السكر، المكتبه الوطنيه للنشروالتوزيع .

٤٧- عادل عزالدين الأشول (١٩٩٣) . الضغوط النفسيه والإرشاد الأسرى للمتخلفين عقلياً مجلة الإرشاد النفسى ، العدد (١) ، مركزالإرشاد النفسى ، جامعة عين شمس .

٤٨- علاء عبدالباقى إبراهيم (٢٠١٥) . الأمراض النفسجسميه والسيكوسوماتيه (المفهوم – المنشأ – العلاج وإجراءات الوقايه) ، ط١ ، القاهره ، عالم الكتب .

٤٩- على عسكر(٢٠٠٠) . ضغوط الحياه وأساليب مواجهتها ، القاهره ، دارالكتاب الحديث .

٥٠- عصام بن حسن عويضه (٢٠٠٧) . الغذاء لعلاج السكرى القرن٢١ ، الرياض ، دار العبيكان.

٥١- عماد محمود عطيه (٢٠١٤) . الصحه النفسيه المفهوم والأهميه والرؤيا المستقبليه ، الطبعه الأولى ، الدارالعالميه للنشروالتوزيع .

٥٢- عمرأحمد النعاس (٢٠٠٨) . الضغوط النفسيه وعلاقتها بالصحه النفسيه ، القاهره ، منشورات جامعة ٦ أكتوبر .

٥٣- فاطمة الزهراء الدمرداش محمد (٢٠١٦) . فعالية برنامج قائم على العلاج بالمعنى فى تنمية الشعوربالإنتماء الوطنى لدى طلاب الجامعه . رسالة ماجستير، كلية التربيه ، جامعة كفرالشيخ .

٥٤- فتحيه السيد (٢٠٠٩) . الحراك المهنى للمرأه ونوعية الحياه (دراسه على عينه من النساء العاملات بجامعة المنصوره) . مجلد المؤتمرالإقليمى الأول لقسم علم االنفس ، كلية الأداب ، جامعة القاهره ، ص ص ٥٣٣ – ٥٩٥ .

٥٥- فتحى رزق العشرى (٢٠١٠) . تقييم جودة الحياه لدى ذوى الإحتياجات الخاصه ، المؤتمرالعلمى السابع لكلية التربيه ، جودة الحياه كإستثمارللعلوم التربويه والنفسيه ، فى الفتره من ١٣ – ١٤ إبريل ، جامعة كفرالشيخ ، ص ص ٢٠٧ – ٢١٩ .

٥٦- فوقيه حسن رضوان (٢٠٠٥) . علم النفس التطبيقى وجودة الحياه ، بحث مقدم بالمؤتمرالعلمى الثالث بعنوان " الإنماء النفسى والتربوى للإنسان العربى فى ضوء جودة الحياه " بقسم الصحه النفسيه ، مجلة كلية التربيه ، جامعة الزقازيق ، الفتره من ١٥- ١٦ مارس ، ص ص ٩٦ – ٢٠٤ .

٥٧- فوقيه حسن رضوان (٢٠٠٦) . الإعاقات الصحيه . القاهره ، دارالكتاب الحديث .

٥٨- فوقيه عبدالفتاح ، محمد حسين (٢٠٠٦) . العوامل الأسريه والمدرسيه والمجتمعيه المنبئه بجودة الحياه لدى الأطفال ذوى صعوبات التعلم . مجلد المؤتمرالعلمى الرابع دورالأسره ومؤسسات المجتمع المدنى فى إكتشاف ورعاية ذوى الإحتياجات الخاصه ، كلية التربيه ، جامعة بنى سويف ، ص ص ١٨٩ – ٣٦٩ .

٥٩- فتحى عبدالرحمن محمد (٢٠٠٥) . فاعلية العلاج بالمعنى فى تخفيف أزمة الهويه وتحقيق المعنى الإيجابى للحياه لدى المراهقين المعاقين بصرياً . رسالة دكتوراه ، كلية التربيه بسوهاج ، جامعة جنوب الوادى .

٦٠- فيفرمحمد الهادى (٢٠٠٧) . ضغوط الحياه وعلاقتها بالتوافق المهنى دراسه مقارنه بين المرأه العامله فى المجال الأكاديمى والمجال الإدارى . رسالة دكتوراه ، كلية الأداب ، جامعة عين شمس

٦١- فيكتورإيميل فرانكل (١٩٨٢) . الإنسان يبحث عن المعنى ، ترجمة طلعت منصور، الكويت ، دارالقلم .

٦٢- فيكتورفرانكل (٢٠١٧) . الإنسان والبحث عن المعنى . معنى الحياه والعلاج بالمعنى ، ترجمة طلعت منصور، القاهره ، مكتبة الأنجلوالمصريه .

٦٣- فيكتورفرانكل (٢٠٠٤) . إرادة المعنى ، أسس وتطبيقات العلاج بالمعنى ، ترجمة إيمان فوزى ، القاهره ، دارزهراء الشرق .

٦٤- محمد إبراهيم ، سيده صديق (٢٠٠٦) . دورالأنشطه الرياضيه فى جودة الحياه لدى طلبة جامعه السلطان قابوس . مجلد بحوث ندوة علم النفس وجودة الحياه ، كلية التربيه ، جامعة السلطان قابوس .

٦٥- محمد أحمد سعفان (٢٠١١) . التعلم الوجدانى الطريق لتحقيق جودة الحياه . القاهره ، دارالكتاب الحديث .

٦٦- محمد السعيد أبوحلاوه (٢٠١٠) . جودة الحياه : المفهوم والأبعاد . المؤتمرالعلمى السابع لكلية التربيه ، جودة الحياه كإستثمارللعلوم التربويه والنفسيه ، فى الفتره من ١٣ - ١٤ إبريل ، جامعة كفر الشيخ ، ص ص ٢٢١ - ٢٥٤ .

٦٧- محمد بحل منورالشمرى (٢٠١٤) . الضغوط النفسيه وعلاقتها بالصلابه النفسيه لدى المصابين ببعض الأمراض السيكوسوماتيه . رسالة ماجستير، كلية العلوم الإجتماعيه والإداريه ، جامعة نايف العربيه .

٦٨- محمد بن سعد الحميد (٢٠٠٨) . داء السكرى أسبابه ومضاعفاته وعلاجه ، الرياض ، ط١

٦٩- محمد حسن على الأبيض (٢٠١٠) . مقياس معنى الحياه لدى الشباب . مجلة كلية التربيه جامعة عين شمس ، مجلد (٣) ، العدد (٣٤) ، ص ص ٧٩٩ - ٨٢٠ .

٧٠- محمد حسن غانم (٢٠٠٨) . الشباب المعاصروأزماته . القاهره ، مكتبة الدارالعربيه للكتاب.

٧١- محمد نجاتى الغزالى (٢٠١٢) . تغذية مرضى السكر، القاهره ، مكتبة الأنجلوالمصريه .

٧٢- محمود عبدالحليم منسى وعلى مهدى كاظم (٢٠٠٦) . مقياس جودة الحياه لطلبة الجامعه كلية التربيه ، جامعة السلطان قابوس .

٧٣- محمود عطيه (٢٠١٠) . ضغوط المراهقين والشباب وكيفية مواجهتها . القاهره ، مكتبة الأنجلو المصريه.

٧٤- مصطفى عبدالمحسن الحديبى ، على أحمد السيد (٢٠١٣) . علم النفس الصحى المفاهيم الأساسيه ، الرياض ، دارزهراء الشرق .

٧٥- مفتاح محمد عبدالعزيز (٢٠١٠) . مقدمه فى علم نفس الصحه - مفاهيم - نظريات - نماذج - دراسات ، عمان : داروائل للنشر .

٧٦- موريس عطيه (١٩٩٣) . الداء السكرى وكيف نتعايش معه . الرياض ، دارالشواف .

٧٧- نادرفهمى الزيود (١٩٩٨) . نظريات الأرشاد والعلاج النفسى ، عمان ، دارالفكر .

٧٨- ناجى محمود النواب وجباروادى العكيلى (٢٠١٤) . ضغوط الحياه وعلاقتها بمعنى الحياه والرضا عنها لدى طلبة الجامعه . مجلة كلية التربيه الأساسيه – جامعة الكويت ، ص ص ٥٢٥ – ٥٨٠ .

٧٩- ناجى داوود إسحاق السيد (٢٠١٣) . مقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسيه ، كلية الآداب ، جامعة المنيا .

٨٠- نبيل عبدالفتاح حافظ (٢٠٠٨) . محاضرات بعض نظريات النمو والإرشاد التربوى والمهنى وبعض أشكال العلاج النفسى نظرياً وتطبيقياً . القاهره ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .

٨١- نجلاء محمد عبدالمعبود محمد (٢٠١٢) . فاعلية برنامج للعلاج بالمعنى فى تنمية مهارات مواجهة الضغوط النفسيه لدى عينه من طلبة الجامعه . رسالة دكتوراه ، كلية التربيه ، جامعة عين شمس .

٨٢- هارون توفيق الرشيدى (١٩٩٩) . الضغوط النفسيه : طبيعتها – نظريتها – برنامج لمساعدة الذات فى علاجها ، القاهره ، مكتبة الأنجلوالمصريه .

٨٣- هناء أحمد محمد شويخ (٢٠٠٨) . بعض منبئات سلوك الإمتثال للنصح الطبى لدى مرضى النوع الثانى من مرضى السكرى ، دراسات نفسيه ، مج ١٨ ، ع١٣ ، يوليو٢٠٠٨ ، ص ص ٤٦٧ – ٥٢٣.

84- Alzaem , A : sulaim . , s Gillani , . (2010) : Assessment of the Yalidty and reliability for a newly deyeloped stress in academie life scals (SAES) For pharmacy undergraduates . International Journal of collaborative Research on Internal medicine and public Health , pp : 239 -256 .

85- Baker , M . (2001) . logo therapy as A means to overcome the crises of meaning associated with dependency and loss of Autonomy in Relation to Aging , A graduate Research paper submitted in partial Requirement for the course Aging and the search for meaning luther seminary .

86- Berlin , Kristoffer S ; Rabideau , Erin M ; Hains , Anthony A . (2012) . Journal of Pediatric Psychology , 37 (9) ,(2012) , Pp . 990 – 998 .

87- Berlin , Kristoffer S ; Hains , Anthony A ; Kamody , Rebecca C ; Kichler , Jessica C ; Davies , W . Hobart . (2015) . Journal of Pediatric Psychology, 40 (5) , 2015 , Pp . 492 – 499 .

88- Betton , A . (2004) .psyhological well – Being and spirituality among African American and European American college students . ph .D., the ohio state university , (p . 1-24) Availabel on line at http : // www. Lib . umi . com / Dissertations / search / AAt3146293.

89- Broder , Hillary l ; Wilson – Genderson , Maureen ; sischo , lacey. (2016) . journal of Quality of life Aspects of treatment , car & Rehabilitation . no pagination specified .

90- Cline , Ginger Depp ; Schwartz , David D ; Axelrad , Marni E ; Anderson , Barbara . (2011) . Journal of Clinical Psychology in Medical Settings , 18 (4) , 2011 , Pp . 416 – 422 .

91- Dsokiy , R . M .(2008) . Assessment of plasma Homocysteine , folat and vitamin B 12 levels in children with Type 1 Diabetes , md , faculty of Medicine , cairo university .

92- Eum , Clara , A Phenomenological study of never marrid women , psychology – clinical , dissertation abstracts , vol . 66 (11 b) , 2007 .

93- Frankl , victor E . (1967) . psychotherapy and Existentialism . New york : Benguim Books .

94- Frankl , l , v . (1973) . the doctor and the soul , Alfred A . knopf . ink .

95- Frankl , v . E (1978) . the unheard cry for meaning London , hodder and toughe .

96- Gangi . M . Asfqgir . A . Dootsi . y (2014) . psychological hardiness and stress management strategies among diabetics and nonddiabetics . journal of psychology and behavioral studies . (2) 76 – 82 .

97- Gravels , c . & wandell , p , coping strategies in men and women with type ii diabetes in Swedish primary care , diabetes research and clinical practice , 2006 , 71 (3) , pp 280 – 589 .

98- Hamidi , s . , yetkin , A . , & yatkin , y . (2010) . the meaning of life : Health , disease , and the naturpathy . journal of psychology and counseling , 2 , (1) , p 9 – 16 .

99- Handelsman , Y m (2009) . A Doctors Diagnosis : prediabetes power of prevention , vol , Issues .

100- Holmes , T.H . & Rahe , R.H (1967) . The social readjustment rating scale . Journal of psychosomatic Research . 11 , 213-218 .

101- Hutzell , R . R . & Jerkins , M . E . , (1990) . The use of logo therapy technique in the treatment of multiple personality disorder , . Dissertation 3 (2) Pp 88 – 93 .

102- International Diabetes Federation (2012) . the iDf Diabetes Atlas . 5th ed . Brussels : International Diabetes Federation .

103- Johston , cA , tyler , s & foreyt , J , p . (2010) . behavioral management of obesity Journal of psychosomatic Research pP . 448 – 530 .

104- Julom , A . M . & Guzman , R . (2013) . the Effectiveness of logotherapy program in Alleviating the sense of meaning lessness of paralyzed in patients the international Journal of psychology & psychological therapy 13 (3) , pP 357 – 371

105- Kamody , Rebecca C ; Berlin , Kridtoffer S ; Hains , Anthony A ; Kichler , Jessica C ; Davies W . Hobart ; Diaz – Thomas , Alicia M ; Ferry , Robert J Jr . (2014) . Journal of Pediatric Psychology . vol . 39 (10) , 2014 , Pp . 1138 – 1148 .

106- Khan , R , weir , G , king , G , jacoson , A moses , A smith , R . (2005) . Joslins Diabetes Mellitus , 14 th Ed , Boston .

107- Koliopulos M . (2005) . Holist nurse practioner , vol 19 , No . 3 , pP 134 – 137.

108- Martinez ,E . y . & florez , I . A (2015) . Meaning centerd psychotherapy : A socratic clinical practice , journal of contemporary psychotherapy , 45 (1) , pP 37 – 48 .

109- Mason , H . D . (2014) . the use of longanalysis in a student counseling context , Journal of counseling and development in higher education southern Africa , 2 (1) , pP 41 – 50 .

110- May , Rollo . (1938) . The discovery of being , New york , Norton & Co . Inc

111- Marshall , M (2009) . life with Meaning . , Canada , Martitime institauate of logo therapy , Halifax , pp 79 – 80 .

112- Mcdougall , janette ; Baldwin , patricia ; Evans , jan ; Nichols , Megan ; Etherington , Nicole ; Wright , Virginia . (2016) . Applied Research in Quality of Life . Vol . 11 (2) , 2016 , Pp. 571 – 599 .

113- McGuire , Joseph F ; Arnold , Elysse ; Park , Jennifer M ; Nadeau , Joshua M ; Nadeau , Joshua M ; Lewin , Adam B ; Murphy , Tanya K ; storch , Eric A . (2015) . Psychiatry Research , 225 (3) , 2015 , Pp . 571 – 579 .

114- McveiGh , k , h . Mostashari , f &Thorpe , le . serious psychological distress among person with diabetes , (2003) , 201 . www . cdc . gov / od / oc media / mmwrnews / no4112 – 6.htm new york : springer publishing company .

115- Ornelas , s . , & kleiner , B . (2005) . NeW developments in managing job related stress . Guide , Emerald (ED.) , stress Management (pP. 64 – 70) . Bradford , GBR: Emerald Group Publishing ltd : // stie . ebrary . com . elib . unizwa . edu . om .

116- Ryff , c, love , G . , urry , h ., Muller , D ., Rosen kranz . M ., friedman . E ., Davidson . R, m & singer . B . (2006) . psychological Well – Being and i11-Being : Do they Have Distinct or Mirrored Biological correlates . psychotherapy psychosomatics , 85 – 95 .

117- Somov , p.G. (2007) Group Application of logotherapy for substance use Treatment , journal for specialists in Group work , 32 (4) , pP 316-345 .

118- Sonja , J . (2005) . ortheo pediatric patients using Art Therapy their Distinctive features in Art creations During Hospitalization , Master of Arts (creativets Therapies) , Concordia University Canada .

119- Steven , M . D . (2008) logo therapy as an adjunctive treatment for chronic combat related ptsD : A meaning based intervention . American journal psychotherapy , 62 , 2 .

120- Straub , R. o. (2012). Health psychology : A biopsychosocial approach (3 rd Ed). New york : worth publishers .

121- Sorour , M . (2005) . Effect of walking training on the quality of life of the sedentary elderly subject . ms ; faculty of physical therapy , cairo university.

122- Tan , sim , yin . (2016) . Health related quality of life and positive mental health indicators in youth with Human immunodeficiency virus , section B : the sciences and Engineering , 12-76 , pp . no pagination specified .

123- Tennant pw , bilous rw , prathapans , bell R, (2015) . Risk and recurrence of serious adverse out comes in the First and second pregnancies of women with preexisting diabetes . Diabetes care . 38 (4) :610 – 619 .

124- Ventegodt , s .Merrick , J . Andersen , N . (2003). Quality of life theory I . the iQol theory : an integrative theory of the global quality of life concept scientific worled journal , vol , 3 , p.p 1030 – 1040 .

125- Whitne E , pinna k , Rdfe ss , (2012) . Normal and clinical Nutrition g Th edition , u . k .

126- Wild , s . Roglic , G ; Green , A ; sicree , R ; king , H . (2004) . Global prevalence of Diabetes – Estimates for the year 2000 and projections for 2030 , Epidemiology Health services psychosocial Research , Diabetes care , 27 , Number 5 .

127- Zika , s . & chamberlain , k . (1992) . on the relation between meaning in life and psychological well being the British journal of psychology , pP 133 – 145

.